

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René VERCIER

Né le 3 Mars 1909, à Louhans (Saône-et-Loire)

Les états de déséquilibre mental

(Considérations théoriques et cliniques)

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

L'ENTENTE LINOTYPISTE
56, Rue Jacob, 56
PARIS
1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

René VERCIER

Né le 3 Mars 1909, à Louhans (Saône-et-Loire)

Les états de déséquilibre mental

(Considérations théoriques et cliniques)

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

L'ENTENTE LINOTYPISTE

56, Rue Jacob, 56

PARIS

1938



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	LÉON BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	POLONOVSKI.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.	GOSSET.
Clinique chirurgicale.	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARION.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Clinique cardiologie.	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale.	CROUZON.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
CATHALA	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GAYET	Physiologie.	RICHET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
HALPHEN	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
AGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL-			
LERY-RADOT.			
SÉZARY.			
	MM.		
	ECALLE.....	} Clinique obstétricale.	
	METZGER.....		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUFFE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

tombé au Champ d'Honneur le 3 novembre 1915.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Le diagnostic de déséquilibre mental est fréquemment porté en clinique psychiatrique: terme commode, étiquette, qui cache généralement l'hésitation du psychiatre en présence d'un cas complexe dont les manifestations ne peuvent entrer dans aucun cadre connu et classique, étiquette, souvent d'ailleurs, placée à tort, sur des cas fort différents.

En théorie, pourtant, ce terme de déséquilibre mental employé pour la première fois dans son sens actuel, par MAGNAN, désigne l'état mental de malades bien définis: ces dégénérés supérieurs à la limite de l'état normal, dont un comportement bizarre est quelquefois toute la maladie.

Que de questions se sont posées à propos de ces déséquilibrés! Batailles autour des notions de prédisposition, de dégénérescence, puis de constitution: nous en dirons quelques mots au début de ce travail, mais nous renvoyons le lecteur, pour plus ample information à la thèse de GENIL PERRIN et aux pertinentes critiques de H. EY (1). Importante question médico-légale qui, à elle seule, pourrait faire l'objet d'un gros volume; question médico-philosophique aussi, quand il s'agit de discuter les limites entre l'état normal et la folie.

Si nous voulions traiter, même superficiellement, toutes ces questions, nous dépasserions, à coup sûr, les limites modestes que nous nous sommes fixées.

Nous traiterons donc uniquement, le point de vue clinique: la question du déséquilibre mental envisagé sous son angle médico-légal est excellemment exposée par Jules FALRET, LEGRAND DU SAULLE, VERVÖECKE et Henri CLAUDE (Psychiatrie médico-légale).

(1) Evolution psychiatrique, fasc. III, 1932, p. 25 et suivantes.

Dans une première partie, nous étudierons: l'Histoire et l'Evolution de la notion de déséquilibre mental, d'une part dans la psychiatrie française, dans la psychiatrie allemande d'autre part; à ce propos, nous exposerons comment les auteurs allemands classent les différentes personnalités psychopathiques.

Nous étudierons ensuite, dans un court chapitre, les réactions psychogènes que peuvent présenter les déséquilibrés. Après avoir rapporté quelques observations, nous essayerons de tracer les limites classiques du déséquilibre mental, par rapport aux psycho-névroses et aux psychoses avec lesquelles il est souvent confondu.

Nous avons préféré ne citer qu'un petit nombre d'observations, mais en les développant le plus possible: nous ne pensons pas, en effet, que l'histoire d'un déséquilibré puisse être résumée comme celle d'un délirant ou d'un dément: les faits pathologiques s'inscrivent dans toute la vie même du sujet, dans ses réactions, sa correspondance, etc... Nous avons donc fait un choix parmi nos observations. Celles-ci proviennent presque toutes de la Clinique des Maladies Mentales de la Faculté où nous avons eu l'honneur d'être l'interne du Professeur HENRI CLAUDE.

Nous avons été placé ainsi dans les conditions les plus favorables pour profiter de son enseignement et de ses conseils. Nous le prions d'accepter le témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

Nous remercions de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée au cours de notre internat, les maîtres à qui nous devons la plus grande part de notre formation psychiatrique: M. le Professeur agrégé LÉVY-VALENSI, M. le Docteur GENIL PERRIN, Médecin-Directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle, MM. les Docteurs GUIRAUD et GOURIOU, médecins-chefs des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Nos maîtres dans les Hôpitaux de Paris, M. le Professeur BAUDOUIN, médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le Professeur GOUGEROT, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, M. le Docteur STEVENIN, médecin de l'Hôpital Beaujon-Clichy, savent combien nous leur sommes resté profondément et respectueusement attaché.

Nous joignons dans une même et respectueuse affection M. le Docteur LARGEAU, médecin-assistant de l'Hôtel-Dieu,

dont les conseils et les encouragements ont beaucoup contribué à nous faire embrasser la carrière psychiatrique, et le Docteur Henri Ey, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Bonneval, qui par son exemple nous l'a fait aimer.

Nous avons gardé un souvenir fidèle de nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Besançon, dont les solides leçons cliniques ont assuré notre première formation médicale.

PREMIÈRE PARTIE

**HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DE LA NOTION
DE DÉSÉQUILIBRE MENTAL**

CHAPITRE I

La Psychiatrie française

Le terme de « déséquilibre mental » a été introduit en clinique, par Magnan et ses élèves. On le trouve fréquemment employé dans les certificats d'internements : à propos de malades d'aspects fort différents.

De tout temps on a considéré comme des malades — ou des êtres exceptionnels — des individus qui, sans présenter d'affaiblissement des facultés intellectuelles, ni de troubles délirants, par leur conduite, leurs propos étranges, leur absence de sens social et de moralité, ont cependant des réactions qui les font ressembler aux aliénés les plus authentiques.

Appelés excentriques, lunatiques, originaux, ils sont raillés, ou craints, par leurs concitoyens, ou bien à la suite de violences impulsives, de crimes ou de délits de toutes sortes, ils tombent dans les mains de la justice et sont condamnés.

Il semble que ces faits médico-légaux ont attiré d'abord l'attention des psychiatres et des magistrats, et les premières études faites à propos des déséquilibrés ont trait à leur responsabilité pénale et à leur capacité civile.

Le but médicolégal, poursuivi en général, par les auteurs anciens, ne les a pas empêché de décrire avec un rare bonheur d'expression, et un don d'observation clinique inégalé, les manifestations psychopathiques de ces

malades, que Morel et Magnan feront ensuite entrer dans le cadre précis de leur synthèse nosographique.

1° *Les déséquilibrés de Pinel à Magnan.*

Pinel ne méconnaît pas l'existence des « déséquilibrés » ; il les groupe dans une variété spéciale de manie : la manie sans délire.

Esquirol (1) comprend parmi ses monomanies (délires partiels de Ferrus) : les folies morales et les délires systématisés chroniques, ces derniers dériveront de la monomanie intellectuelle et de la monomanie sensorielle (ajoutée par Calmeil et qui connaîtra une grande faveur à l'étranger sous le nom de paranoïa) tandis que les malades dont nous nous occupons ressortissent à la fois de la monomanie affective (manie raisonnante) et de la monomanie instinctive (impulsivité). Esquirol écrit :

« ...Parmi ces malades, les uns sont turbulents, insociables, commettent des actions ridicules, blâmables, « contraires à leurs affections et à leurs vrais intérêts... « Ils se trouvent mal partout, changent continuellement « de place, ils disent et font le mal par malice, par désœuvrement, par méchanceté, incapables d'application, « ennemis du travail, ils bouleversent, cassent, déchirent. « La perversion de leur caractère en fait des fléaux pour « leur famille, pour les maisons dans lesquelles ils sont « réunis... »

L'existence ainsi affirmée d'une lésion isolée « des diverses facultés mentales », des folies morales avec altération de la volonté, de l'affectivité, des instincts, avec conservation intégrale (?) des facultés intellectuelles (c'est-à-dire pour les anciens auteurs, absence de délire), est acceptée par Georget, Marc, Baillarger en France, Heinrich et Hoffbauer en Allemagne.

Mais Pinel et Esquirol avaient eu des contemporains et même des prédécesseurs, tel Benjamin Rusch (cité par Dupré) qui écrit en 1812. « ...Dans tous les cas de déformation morale innée, contre nature, existe probablement « une organisation originelle défectueuse de ces parties

(1) Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris 1838.

« du corps qui sont occupées par les facultés morales de « l'esprit »; tel Grolmann en 1819 (cité également par Dupré) qui fait un parallèle entre idiotie morale, idiotie intellectuelle et idiotie volontaire; il montre que les anomalies du sens moral, se traduisent, non dans le domaine intellectuel, mais dans la conduite des sujets.

Plus connus sont les travaux de Prichard (1835), qui isole la « Moral Insanity » caractérisée par une perversion morbide des sentiments naturels, des affections, des inclinations, du tempérament, des habitudes, et des dispositions morales, sans troubles des perceptions, de l'intelligence et du raisonnement.

Georget parle de « délire des actes », de « folie du caractère » : il y a toujours confusion d'ailleurs, entre les aliénations mentales constituées par une atteinte de l'être moral avec conservation complète de l'intelligence, et ce que nous appelons actuellement les délires chroniques. Foville borne son étude aux seules impulsions que peuvent présenter les fous moraux.

Dagonet, plus explicite, divise la folie morale en trois groupes :

1) folie maniaque ou manie raisonnante (manie sans délire de Pinel, manie raisonnante d'Esquirol, monomanie instinctive de Morel, ou folie morale de Prichard);

2) la mélancolie raisonnante (lypémanie raisonnante d'Esquirol, hypochondrie avec conscience et mélancolie sans délire des autres auteurs);

3) les folies impulsives, groupe confus où il rejette tout ce qui n'entre pas dans les deux premiers.

Trélat, en 1861, dans son ouvrage *La Folie Lucide*, les décrit ainsi : « aliénés lucides ayant conscience de tout « ce qu'ils font, qui ne sont occupés qu'à préparer et à « commettre de mauvaises actions. » Il y a donc ici encore confusion avec les délirants chroniques; de plus, Trélat fait entrer dans ses folies lucides : « les imbéciles, les « faibles d'esprit, les satyres et les nymphomanes, les monomanies des persécutés inventeurs, mégalomanes, « jaloux, dipsomanes, dissipateurs, les orgueilleux, les méchants, les aventuriers, les suicidiques, les maniaques « lucides... »

Plus précis est Marce (1862) : il place les fous moraux

« au-dessus » de l'imbécilité et il décrit ces « intelligences anormales » : « forme d'aliénation mentale congénitale qui « se traduit dès la jeunesse par une indocilité excessive « au travail et par l'apparition précoce des plus mauvais « instincts... »

J. Falret, en 1866, aborde le sujet de la folie raisonnante au cours de la grande discussion qui s'engage à la société médico-psychologique sur ce sujet.

La folie morale, d'après lui, ne peut être considérée comme une espèce ou une variété spéciale de maladie mentale.

Cette considération est en accord avec les idées qu'il professe au point de vue de l'étude générale des maladies de l'esprit : à savoir, qu'après l'étude des symptômes il faut faire celle des maladies : au lieu de fragmenter artificiellement les divers éléments de celles-ci, il est préférable de les envisager dans leur ensemble et surtout dans leur *évolution*. Bref, il rejette la terminologie pure, et préconise la nosologie. Appliquant ces principes généraux à la folie morale (contre les tenants encore nombreux de la doctrine des monomanies), voilà comment il la décrit : « C'est dans ces variétés de la folie, qui se rapprochent « de certains caractères de l'homme normal, que le diagnostic de la folie offre le plus d'obstacles et de difficultés et que les médecins peuvent surtout être accusés « de trouver à tort des aliénés là où les gens du monde, « les philosophes et les magistrats ne veulent voir que des « individus bizarres, étranges, et présentant de simples « singularités du caractère. »

Falret croit « à la complète solidarité d'action des facultés de l'âme, chez l'homme sain comme chez l'homme « malade » ; donc, dans la folie morale, s'il y a prédominance des troubles affectifs et instinctifs, il y a toujours quelque trouble de l'intelligence. Au point de vue du diagnostic avec l'état normal, il est assez difficile de tenir compte de certains critères : perte du libre-arbitre, défaut de conscience de l'état morbide; la comparaison de l'individu malade avec ce qu'il a été (avec lui-même) est déjà une meilleure pierre de touche.

Les états de folie raisonnante ou de folie lucide prêtent le plus à discussion : « parce qu'ils sont placés à la limite

« de la raison et de la folie, entre les bizarreries natives
« du caractère, encore compatibles avec l'état physiolo-
« gique, et les troubles plus prononcés de l'intelligence
« ou du sens moral dont la nature pathologique ne peut
« être contestée. Quelques-uns d'entre eux peuvent même
« flotter un certain temps, entre les derniers degrés de
« l'échelle descendante des états physiologiques et les pre-
« miers degrés de l'échelle pathologique ascendante... »

Il critique vigoureusement ceux qui ne portent leur attention que sur l'idée ou la passion dominante du malade, sur la conduite ou l'acte incriminé, sans envisager l'individu lui-même, dans son ensemble physique et moral, son passé, son présent, son avenir. « L'ordre de succes-
« sion des symptômes dans le temps, la marche de la mala-
« die (*ce que nous appelons aujourd'hui la perspective*
« *dans les maladies mentales*) ont donc une importance
« primordiale. C'est sous cette forme brillante qu'il résume
« sa pensée : Une maladie mentale est un état pathologique
« constitué par des symptômes physiques, par des symptô-
« mes psychiques multiples et par une marche déterminée
« dans l'ordre de succession de ces symptômes; tels sont
« les trois termes indispensables pour reconnaître la folie
« envisagée d'une manière générale et pour la distinguer
« des états passionnels ou de simples bizarreries de carac-
« tère compatibles avec l'état physiologique. »

La folie morale doit donc, en vertu de ces principes, être démembrée : « car des faits disparates y sont groupés » : on distinguera les hypomaniaques avec leurs phases alternantes dépressives; la période prodromique de la paralysie générale avec son exaltation particulière; la folie hystérique avec ses réactions capricieuses, fantasques, sa sensibilité paradoxale, l'esprit de contradiction, « la duplicité et le mensonge », la rapidité des impulsions, des idées et des actes, « la tendance au romanesque et aux instincts pervers ». L'hypocondrie morale sera encore éliminée, de même la folie du doute et du toucher : (« besoin d'hésitation perpétuel, travail incessant de la pensée, parfaite conscience de l'état morbide », reconnue ainsi comme une entité morbide particulière, bien avant la synthèse opérée en 1907 par P. Janet).

Certains délires de persécution, plus ou moins latents

(paranoïa), la manie simple isolée, les états de trouble mental héréditaires de Morel, le petit mal intellectuel, n'appartiennent pas, pour Falret, à la folie morale ou raisonnante.

Au point de vue médico-légal, s'opposant avec quelque véhémence aux partisans de la responsabilité partielle, il déclare que seront considérés comme totalement irresponsables « *tous ceux qui se conduisent comme des aliénés* ». Il est bien obligé d'admettre, néanmoins, les intervalles lucides, les intermittences et mêmes les rémissions prolongées.

Abordant le problème de la dégénérescence — folie héréditaire de Morel (dont l'œuvre commençait d'être connue et discutée avec passion) — Falret précise que les malades qui en sont atteints, présentent des facultés intellectuelles inégalement développées mais dans l'ensemble au-dessous de la normale, avec des aptitudes spéciales, souvent remarquables (musique, calcul, arts plastiques); les facultés affectives sont normales, mais les instincts, pervertis, les penchants violents et incoercibles; quelquefois il y a absence complète et précoce du sens moral (délinquance infantile).

Delasiauve dressé contre Falret, au cours de la même discussion historique, maintient la pure doctrine d'Esquirol et parle de « ces types de perversions sentimentales, « affectives, instinctives, en qui, sous le couvert du raisonnement possible, semble s'être incarné le génie de l'instabilité, de l'exagération, de la malfaisance... » C'est la pseudomonomanie ou délire partiel diffus!

Les autres auteurs, Briere de Boismont, qui étudie magistralement ce qu'il appelle *le délire des actes*, surtout du point de vue médico-légal, Despinc, plus psychologue, Maudsley, qui s'attache à l'étude des perversions et des troubles de l'affectivité, ne prennent pas position d'une façon absolue dans la querelle doctrinale entre Falret et Delasiauve. Tout au plus pourrait-on les suspecter de quelque méfiance à l'égard des monomanies.

Nous ne nous étendrons pas sur l'œuvre de Morel en ce qui concerne la théorie de la dégénérescence, ce serait sortir de notre sujet, d'autant plus que nous retrouverons l'essentiel de ses idées dans l'œuvre de Magnan (avec une

extension qui, à beaucoup d'égards, fut loin d'être heureuse). Tout naturellement, les déséquilibrés prennent rang parmi les dégénérés.

La prédisposition chez eux ne fait pas de doute. Comment ne pas retrouver dans la description ci-dessous les traits principaux reconnus aux malades, qu'avec Magnan on appellera les déséquilibrés (1)?

« Les individus prédisposés subissent des périodes d'exaltation et de dépression. Ils sont d'une susceptibilité incroyable et d'une impressionnabilité qui les rend tristes, tributaires des moindres changements atmosphériques, des moindres dérangements à leurs habitudes ordinaires. Ils éprouvent des céphalalgies intenses, fréquentes, et les souffrances du système nerveux se résument le plus souvent chez eux dans des névralgies, des tics douloureux, des spasmes et surtout dans des lassitudes profondes, qui alternent avec des périodes d'excitation. Ce sont, en un mot, des êtres sensitifs, qui au physique comme au moral, passent presque sans transition d'un état de bien-être à un état de souffrance, d'un contentement absolu à un découragement indicible, d'une assurance exagérée en leurs forces à une pusillanimité enfantine. »

Ce tableau correspond à l'état mental des prédisposés, mais on peut encore les reconnaître *aux stigmates* (nous verrons quelle importance Magnan va leur donner) et à la forme particulière de leurs troubles mentaux, lorsqu'il leur arrive de verser dans l'aliénation; la manie raisonnante, la folie morale, la folie sans délire, les monomanies diverses sont en quelque sorte leur apanage. Ils y apporteraient une tendance remarquable à la systématisation des idées délirantes (?), des instincts libérés de tout frein supérieur contrastant avec une conservation au moins apparente, des facultés intellectuelles.

Dans sa classification des folies héréditaires (1), Morel range dans sa première classe, les folies héréditaires dues à la simple exagération du tempérament nerveux : états de transition vers des formes plus graves (en somme les

(1) Morel. Traité des Maladies Mentales, p. 463.

(1) Voir la Thèse de Génil-Perrin page 67.

vraies déséquilibraisons!), ce sont les excentriques, les originiaux, etc...; troubles du caractère, tendance au suicide, impulsivité, sont constants chez eux. Ils évolueraient fréquemment vers la démence précoce.

Dans la deuxième classe : Morel place « le délire des sentiments et des actes avec conservation apparente des facultés intellectuelles » (folie instinctive, moral insanity, perversions diverses, bref la manie raisonnante de Pinel).

Dans la troisième classe : l'intelligence est plus atteinte; individus peu intelligents, inéducables, ayant une tendance précoce pour le mal : ce sont « les maniaques instinctifs » (nos pervers instinctifs).

Enfin dans la quatrième classe se trouvent les idiots et les imbéciles. Tous ces individus appartiennent à la même grande famille des dégénérés; l'hérédité ou la disposition dégénérative est le lien commun qui les réunit tous.

2° *Les idées de Magnan.*

Elles sont exposées dans la thèse de Legrain, l'ouvrage volumineux et un peu touffu de Dallemagne, le petit livre de Magnan et Legrain (*Les dégénérés - Etat mental et syndromes épisodiques* - 1895). Enfin, nous renvoyons le lecteur à la thèse de Genil-Perrin qui contient un exposé critique remarquable de la doctrine du Maître de l'Admission, et des discussions mémorables qui eurent lieu à la Société Médico-Psychologique (séance du 25 Janvier 1886).

Il n'est pas dans notre intention d'exposer, même brièvement, la théorie de la dégénérescence telle que l'entendait Magnan; nous nous bornerons à rechercher dans son œuvre, quels étaient les malades qu'il appelait : *déséquilibrés*, et quelle place il leur donnait dans sa classification des maladies mentales.

Elargissant la conception de Morel, Magnan affirme que le seul lien entre un grand nombre d'altérations pathologiques est la dégénérescence. *Parmi les dégénérés se trouvent les dégénérés supérieurs ou déséquilibrés.*

C'est véritablement de Magnan que date l'introduction dans la nosographie courante du terme de déséquilibre mental; le déséquilibré représente un type de malade par-

ticulier, et ce malade est essentiellement un dégénéré, donc un héréditaire.

Pourtant Magnan ne nie pas l'existence de dégénérescences acquises (traumatismes, encéphalites, etc...), ni l'action des causes occasionnelles dans la genèse des divers syndromes épisodiques, ou dans le déterminisme des modalités cliniques du déséquilibre; mais il n'en tient pas un compte bien grand parce que ces constatations introduisent certaines contradictions dans l'exposé de sa thèse.

Naturellement les déséquilibrés, si haut que Magnan les place dans l'échelle des dégénérescences, n'échappent pas à la loi commune: ils seront porteurs de stigmates physiques plus ou moins apparents, ils présenteront obligatoirement des stigmates mentaux: *obsessions et impulsions*; leurs délires seront du type resté classique, sous le nom de « bouffées délirantes des dégénérés » (voir thèse de Legrain) et porteront, eux aussi, la marque de la dégénérescence.

C'est en vertu de son fameux schéma « anatomique » que Magnan a rangé les déséquilibrés (ainsi les dégénérés supérieurs), immédiatement avant les arriérés (idiots et imbéciles, débiles mentaux). Nous rapportons à ce propos le texte de Dallemagne: « ...L'équilibre, résultat de l'adaptation, peut s'envisager dans les différents territoires de l'activité organique. Nous concevons de cette manière l'existence d'un équilibre végétatif, destiné à assurer la nutrition, tout au moins dans ses caractères essentiels. Nous comprenons ensuite un équilibre présidant au fonctionnement régulier de la vie affective; et nous terminons par l'indication d'un équilibre psychique réglant les manifestations intellectuelles. Nous ajoutons en outre que la notion de l'équilibre ainsi compris peut se subdiviser quasi anatomiquement, tout en se sériant pour ainsi dire fonctionnellement: l'équilibre végétatif se cantonnerait alors dans la moelle et le bulbe, l'équilibre affectif incomberait aux ganglions de la base, l'équilibre psychique se centraliserait dans l'écorce. Nous terminons par une répartition de ces divers équilibres par ordre d'importance et de conscience; l'équilibre végétatif bulbo-médullaire, indispensable à la vie, s'effectue sans l'intervention de la conscience et d'une manière

« automatique; l'équilibre affectif, apanage des centres « sous-corticaux ne posséderait qu'une sensibilité générale « et une conscience atténuée, son importance quoique considérable, car il est la base du caractère et la raison « de notre individualité, resterait inférieure à celle de « l'équilibre végétatif. Enfin l'équilibre psychique, le dernier venu, le plus instable, n'aurait pour ainsi dire qu'une « valeur complémentaire et coordinatrice. »

Dallemagne, après Magnan, est persuadé que le « *déséquilibrement* » peut atteindre successivement et séparément nos individualités végétative, affective ou psychique. M. Génil-Perrin (1) montre clairement que le schéma de Magnan « va lui servir à expliquer » le mécanisme de la déséquilibration.

Celle-ci se produit soit par destruction ou arrêt de développement de certains centres, excitation et action désordonnée, plus ou moins durable de certains autres — inhibition pour d'autres — d'où suppression de certaines fonctions, automatisme des centres surexcités, inhibition exagérée portant sur des centres moins valides. La déséquilibration n'étant pas toujours générale, on va pouvoir distinguer des déséquilibrés de l'intelligence, des déséquilibrés de la sensibilité, et des déséquilibrés de la volonté.

1° Les déséquilibrés de l'intelligence sont les idiots, les faibles d'esprit, les débiles, les arriérés. Les débiles se rapprochent insensiblement des dégénérés dits supérieurs qui ont des facultés intellectuelles intactes, *mais manquant de cohésion*.

2° Les déséquilibrés de la sensibilité sont les émotifs qui réagissent aux causes externes ou internes par de la dépression ou de l'excitation (irritabilité, violence); ce sont les obsédés, les passionnés, les égoïstes, les amoraux ou fous moraux.

3° Les déséquilibrés de la volonté sont les impulsifs (les facultés de contrôle chez eux sont inhibées).

On voit immédiatement que Magnan revient — par des voies détournées — aux monomanies, aux délires partiels d'Esquirol et les critiques de Falret exposées ci-dessus,

(1) Thèse p. 119.

peuvent s'adresser à cette classification trop rigide et trop systématique. Cette systématisation va être encore aggravée par la doctrine des constitutions qui succèdera, en quelque sorte logiquement, à la doctrine de la dégénérescence.

Magnan eut à répondre aux critiques de Charpentier, de Bouchereau et de Christian et plus tard à celles, plus acerbes, de Ball.

Nous retiendrons surtout les remarques pertinentes de Cotard, qui met en évidence l'action des facteurs dégénératifs acquis : maladies du premier âge ou fœtales : infections, traumatismes frappant un système nerveux en évolution, si bien que bon nombre de cas de déséquilibre dite dégénérative, peuvent rentrer dans cette catégorie.

Arnaud (1) est prudent quant aux doctrines et éclectique quant aux cadres cliniques. Son exposé de la question de la déséquilibration morale est intéressant et nous nous permettons de le résumer rapidement.

C'est sous la rubrique *Etat mental des prédisposés* qu'il étudie la symptomatologie du déséquilibre mental. Il se place sur le terrain solide de la clinique, bien qu'il adopte dans ses grandes lignes la doctrine des dégénérescences. La prédisposition héréditaire lui semble en être le terme acceptable, en faisant une large place à la syphilis, à la tuberculose et à l'alcoolisme, comme facteurs étiologiques fondamentaux. Le rachitisme; les maladies infectieuses infantiles et même juvéniles, l'hérédo-syphilis tardive, les traumatismes craniens ne sont pas oubliés. Arnaud réagit par là contre les idées un peu exclusives de l'école de Magnan. Il rappelle les remarques de Cotard à la Société Médico-Psychologique : « Les soi-disants héréditaires sont « donc avant tout des congénitaux, des infantiles ou même « des juvéniles; leur propre caractère est d'avoir été frappés pendant la période de croissance, et de présenter « par conséquent des arrêts de développement et des malformations, aussi bien au physique qu'au moral; la cause « qui agit importe peu, c'est l'âge où le malade a été atteint « qui détermine la forme du mal; ainsi l'hérédité n'est

(1) Article du Traité de Gilbert Ballet p. 627 et suivantes.

« donc pas la cause la plus importante; les « prédisposés »
« soit par hérédité, soit par une cause quelconque, ont
« de nombreuses anomalies de l'intelligence, du carac-
« tère et du sens moral. Ces anomalies ont un caractère
« essentiel : leur permanence; elles caractérisent *un état*
« *mental habituel* : fait d'un manque de pondération et
« d'équilibre dans les diverses manifestations de l'activité
« mentale. Cet état foncier serait complètement indépen-
« dant des états pathologiques plus accusés, très fréquents
« cependant chez ces malades. Cette *déséquilibration* porte
« sur toutes les facultés séparément ou en rapports réci-
« proques : le caractère, le sens moral sont plus altérés que
« l'intelligence elle-même... »

Arnaud insiste sur les modifications de la volonté et de l'*émotivité* : les sympathies vives et brusques comme les aversions inexplicables pour certaines gens, l'irritabilité sans motif, les accès de colère avec actes de violence.

Ces malades sont très accessibles à la tristesse; ils sont désespérés pour des futilités, et en arrivent à se suicider presque sans motif. « Leur sensibilité est aussi mobile qu'elle est vive. » De volonté inconsistante, ce sont des *velléitaires éternels*, leurs efforts sont toujours passagers, le moindre échec les rebute, et peut les amener à une apathie complète. Enfin il n'est pas exceptionnel de rencontrer chez ces sujets *des obsessions, des impulsions, des troubles du sommeil*.

Par contre, on peut observer chez eux un développement curieux des facultés imaginatives, de remarquables aptitudes pour certains travaux artistiques.

La sphère des instincts est presque toujours gravement atteinte: malignité, perversité, anomalies de l'instinct sexuel (Wesphall, Krafft-Ebing, et Magnan).

L'évolution, selon Arnaud, se fait fréquemment vers la folie morale proprement dite, la puberté étant un stade dangereux de leur évolution somato-psychique; ainsi que l'avait vu Morel, quelques-uns aboutissent à la démence précoce; les autres deviennent « des êtres incomplets, des « excentriques, des originaux, bref des déséquilibrés, c'est-à-dire des individus *s'adaptant difficilement aux conditions morales et sociales ordinaires*. »

Les moins dégradés (au point de vue intellectuel) ne

réussissent pas mieux que les autres; leur intelligence est parfois fort active, leur imagination brillante, mais ces facultés « turbulentes » et « désordonnées » sont stériles. Ils manquent de *coordination dans les idées, ils sont incapables d'attention soutenue et de persévérance*; ils n'aiment pas le travail régulier; leur goût de l'excentrique et de l'excessif provient de leur *défaut de jugement*.

Ils aiment le changement et les voyages, parce que *ce sont avant tout des instables* : d'où leur carrière sociale bien connue, avec les rêves de gloire et de fortune, les chutes, l'indiscipline, les condamnations et la déchéance sociale finale.

L'émotivité et la suggestibilité jouent un grand rôle dans leur vie. La volonté débile n'est d'aucun secours, leur versatilité habituelle, n'empêche pas l'entêtement et l'obstination absurde; en certains cas, « ils ne cèdent même pas à l'évidence ».

Les sentiments sont tout aussi mobiles, leur susceptibilité également; ils ne supportent aucune loi car ils recherchent avant tout « la satisfaction immédiate de leur fantaisie ou de leurs instincts ».

Arnaud étudie ensuite les désordres sexuels, les obsessions et les impulsions, puis il rappelle le mot de Maudsley: « sujets qui vivent dans la zone mitoyenne entre la raison et la folie ». Ball disait « sur les frontières de la folie... »

Ils franchissent souvent cette frontière, soit par suite de l'évolution de leurs tendances naturelles, soit à cause de l'intervention d'un facteur accidentel, exogène : choc moral, maladie physique, modifications climatériques biologiques, comme la puberté, la ménopause, la grossesse, la menstruation.

Les manifestations nettement pathologiques ainsi déclanchées peuvent être transitoires (obsessions, impulsions, attitudes névrotiques ou délirantes), ou permanentes (démence précoce, folie morale, délire systématisé).

Arnaud ne pense point qu'il soit nécessaire d'invoquer des lésions anatomiques nettes pour expliquer les bizarreries, les irrégularités du comportement des déséquilibrés. Il croit plutôt à l'intervention de petits foyers d'irritation disséminés, ou de *troubles dynamiques du système nerveux central*, créant un défaut d'équilibre fonctionnel,

un trouble de la *synergie*, par la *prédominance ou la libération de certains centres*: le résultat est la *dysharmonie fonctionnelle*.

L'auteur a soin de distinguer les dégénérés supérieurs ou déséquilibrés, des états morbides continus, portant surtout sur le caractère, avec facultés logiques conservées et comportement essentiellement antisocial (altération des sentiments et de la volonté). Ils ne sentent pas comme l'individu normal, dit-il. L'intelligence est touchée puisque le trouble basal est *un trouble du jugement*: le signe évident est que ces sujets ont une conduite qui leur est éminemment préjudiciable, sans pour autant qu'ils soient capables de la réformer; leur caractère ombrageux semblerait les prédisposer aux idées délirantes de persécution. Enfin ils peuvent présenter des accès alternants de dépression et d'excitation d'apparition et de cessation brusques.

Comme Magnan, Fabret, Morel et Marc, Arnaud refuse son individualité à la manie raisonnante, — contrairement à Campagne. Ce n'est qu'une phase prodromique de la D. P., de la paralysie générale, des psychoses périodiques, ou une manière d'être des déséquilibrés héréditaires qui indiquerait chez ces individus une évolution délirante prochaine.

Pour lui la folie morale a une signification beaucoup plus restreinte que la folie raisonnante; il n'y aurait pas de trouble intellectuel proprement dit; le délire s'y rencontre à titre épisodique. Les sentiments, la volonté et le comportement sont très touchés. C'est un syndrome fixe; il y a impossibilité d'acquérir des sentiments moraux. Les Allemands (Krafft-Ebing, Schüle) décrivent une forme originelle ou congénitale, par arrêt de développement psychique, et une forme acquise, par suite d'altérations graves du cerveau.

L'hérédité de ces sujets est lourde : aliénation mentale, alcoolisme, épilepsie.

Arnaud ne dissimule point qu'il préfère réserver le nom de folie morale aux états dus à l'exagération de certaines dispositions naturelles; parce que ces fous moraux « se révèlent » très jeunes par leur cruauté, leur indifférence morale, leur inintimidabilité, quelquefois leur apathie irritable. Les aberrations de l'instinct sexuel sont précoces,

profondes et variées, de même le vagabondage, les goûts antisociaux, la criminalité.

La puberté, l'alcoolisme ajoutent leur note aggravante à ce syndrome. L'intelligence des fous moraux, qui semble correcte à première vue est « courte », « faussée », elle ne peut suppléer à l'insuffisance du sens moral. Le sujet n'a pas conscience de son anormalité ou n'en a qu'une conscience insuffisante. Souvent il est débile. Malgré l'opinion contraire de Legrain, ces fous moraux sont sujets aux obsessions et aux impulsions vraies; leurs tendances délirantes (surtout hypocondriaques et de persécution) sont à peu près constantes, mais le délire véritable n'apparaît le plus souvent que comme un accident dû à l'intervention d'une cause occasionnelle (souvent l'alcool).

E. Charpentier (1) insiste justement sur « l'anéantissement de l'activité intellectuelle, quand elle n'est sollicitée par d'autres excitants que les sentiments mauvais. »

Le degré de perversion des sentiments et des instincts est très variable : la nomenclature traduit ces différences : aveugles moraux de Schüle, idiots moraux (manquant de sentiments altruistes, n'ayant pas la notion du bien ou du mal, anesthésiques) du sens moral de Gilbert Ballet. Ces derniers ont une relative conscience de leurs actes, mais sur le plan purement théorique seulement, à titre de remords si l'on peut dire, quand ils s'inquiètent du jugement d'autrui, l'acte une fois accompli.

D'autres peuvent même avoir une certaine sensibilité morale, c'est-à-dire désirer le bien, mais la volonté est insuffisante pour freiner des tendances orientées vers le mal : c'est « *l'asthénie morale* ».

Le pronostic est réservé comme on peut le voir en lisant les très belles observations de Magnan. A peine a-t-on pu observer quelquefois une amélioration relative à l'âge mûr.

3° *La notion de déséquilibre mental et les constitutions.*

Nous avons retrouvé dans les observations du livre de Chaslin, la description d'une malade qui résume les carac-

(1) Les folies du caractère. A.M.P. janvier-février 1893.

lères exposés dans la partie didactique : « C'est une de
« ces demi-folles, déséquilibrées de l'esprit, ne délirant le
« plus souvent pas, mais tenant avec obstination des rai-
« sonnements bizarres; instables, irritables, impulsives,
« atteintes de folie du caractère, ayant une haute opinion
« d'elles-mêmes (elles ont toujours raison et les autres ont
« toujours tort) et qui ne sont à leur place longtemps, ni
« dans les maisons d'aliénés, ni dans la société ordinaire,
« entre lesquelles elles passent généralement leur vie à
« osciller (quelquefois la prison les recueille pour un
« temps)... Cette anormale avec laquelle les parents se con-
« duisent d'ailleurs très peu judicieusement... à sa première
« entrée avait présenté une attitude bizarre, stéréotypée,
« d'arrogance et de dédain, qui jointe à une mimique dis-
« cordante (qu'elle a conservée : elle paraît sourire et rire
« lorsqu'elle se livre à ses récriminations), avait fait crain-
« dre un début d'hébéphrénie; ce qui actuellement semble
« moins à craindre. Comme il arrive souvent en pareil
« cas, la prolongation de l'internement ne fait qu'exaspé-
« rer le déséquilibre du caractère... »

Régis schématise l'état mental de ces malades en quatre mots : amoralité, inaffectivité, inadaptabilité, impulsivité. Remarquons que ces symptômes sont tous relatifs à l'aspect extérieur, au comportement, et n'ont aucune valeur propre d'analyse psychopathologique.

En 1910, Mairet et Euzière consacrent aux « *Invalides moraux* » un ouvrage considérable et fort intéressant. C'est en somme un premier effort de synthèse pour étudier ces malades jusqu'alors classés sous des rubriques très diverses : fous moraux, fous raisonnants, fous lucides, déséquilibrés, toqués, lunatiques, excentriques, maniaques raisonnants et même criminels (Lombroso).

Peut-être le tort des deux A. a-t-il été de vouloir réunir et assimiler des individus cliniquement très disparates. Le lien commun est une *anomalie morale*. C'est pourquoi Mairet et Euzière proposent la classification suivante : atrophie morale, perversion morale, inversion morale, instabilité morale.

Ils sont d'ailleurs assez peu explicites sur ce qu'ils entendent par anomalie morale. Ils distinguent les facultés intellectuelles (mémoire, jugement, raisonnement, facultés syn-

thétiques) et les facultés « morales » (conscience, esthésie morale, sentiments éthiques) et à part, la volonté, qui serait toujours débile.

Ils considèrent la *mobilité de l'ensemble* comme le trouble essentiel, ainsi que l'hypertrophie imaginative, la baisse de l'attention, les variations de l'état d'esprit qui en dérivent, le manque de délibération des actes, l'absence de frein : tous facteurs imprimant à la conduite son allure particulière.

La mobilité physique (gestes, actes, occupations) est le corollaire obligé de ces dispositions. La mobilité psychique a comme conséquence un défaut de pondération, de réflexion, la tendance des actes à devenir des reflexes.

Les « Invalides moraux » sont des dégénérés (au sens de la doctrine de Morel), des infirmes psychiques par hérédité viciée, n'ayant jamais pu atteindre un développement normal de leur intelligence et candidats plus ou moins certains à la folie.

Dans l'*atrophie morale simple*, l'individu n'a pas plus de volonté pour le bien que pour le mal. Dans la perversion morale, le mal devient un besoin, par arrêt du développement moral, dans la plupart des cas : le manque de contrôle, d'inhibition, de conscience morale sert l'irrésistibilité des besoins, l'atrophie morale accompagne presque toujours la perversion.

L'inversion morale — l'antiéducabilité, l'antisociabilité en sont les caractéristiques — c'est essentiellement le désir foncier du mal pour lui-même, l'intelligence peut paraître brillante, elle est en réalité toujours faible.

L'instabilité morale enfin, où la perversion et l'atrophie sont minimales; mais il s'agit là d'individus « tarés » dans leur « sensibilité morale », ce seraient les vrais déséquilibres, souvent des débiles légers. Débiles ou brillants, leurs idées sont très mobiles, fugitives, de même que leurs sentiments; ce qui démontre la faiblesse des facultés synthétiques (raisonnement, jugement, volonté), l'absence de critique, la rapidité de l'action, favorisent les reflexes les plus imprévus, les plus inadaptés aux circonstances de la vie.

Mairet et Euzière font remarquer, et ils y insistent, les analogies existant entre l'attitude mentale du maniaque et

celle de l'instable, la manie serait le fréquent aboutissement de l'instabilité, il n'y aurait donc qu'une différence de degré.

Il existe des *inversions morales atténuées* « où la conscience morale est susceptible de vibrer ». L'éducation mauvaise aggrave le plus souvent ces cas, d'importants éléments extérieurs (perversions sexuelles, prison, asile, insoumission) conditionnent des phénomènes réactionnels : l'instabilité (« terrain maniaque »), la tendance aux délires paranoïques (tare du jugement et du raisonnement : paralogismes, égotisme); l'imagination et la mémoire sont souvent au-dessus de la moyenne, mais les invertis moraux n'ont point de bon sens. Ils ont fréquemment une notion purement intellectuelle du bien et du mal, mais cette notion n'est nullement sentie. Des remords passagers peuvent exister après l'acte répréhensible.

L'éducabilité est plus ou moins atrophiée; il y a plutôt tendance à la révolte contre la règle; quelquefois intervention de l'égotisme débile, et de l'atrophie des sentiments altruistes.

La méchanceté n'est pas toujours foncière, c'est souvent une compensation (haine parentale, désir de vengeance). Les A. n'insistent pas sur l'appétence aux toxiques, le vagabondage, l'hyperesthésie sexuelle, source de multiples réactions médico-légales.

La volonté (qui dépend à la fois de l'intelligence et des capacités effectives) est toujours atteinte; elle est toujours dominée par les désirs et les passions.

Au point de vue étiologique, Mairet et Euzière placent au premier plan la dégénérescence héréditaire : par alcool, folie, névroses similaires. Ils la jugent nécessaire et suffisante. Les troubles congénitaux et de l'enfance (convulsions, méningites) interviennent également dans certains cas. Les maladies acquises plus tardivement : infections, intoxications, encéphalites, syphilis, traumatismes, facteurs éducatifs vicieux et chocs moraux, n'agissent pas en tant que créateurs de l'invalidité morale quelle qu'elle soit, mais comme éléments de renforcement et de fixation.

Mairet et Euzière ont soin de préciser que l'absence de sens moral n'est pas consécutive exclusivement à l'invalidité morale telle qu'ils l'ont décrite, mais qu'on la retrouve

aussi dans certaines démences et psychoses. Elle pourrait être, également, l'aboutissant de certaines déchéances sociales (?) (pervertis, inadaptés sociaux de H. Claude).

Dans leur étude des formes cliniques, les A. décrivent les déséquilibrés vrais comme des sujets qui ajoutent à d'autres tares mentales, *l'instabilité* (Legrain, *Délire des Dégénérés*, 1886). On retrouve chez eux : l'hyperesthésie psychique, le défaut de pondération, la dysharmonie entre les diverses facultés, la tendance aux actions réflexes : *déséquilibration psycho-motrice*. Le jugement n'intervient pas suffisamment dans le jeu des idées et des sentiments; le sujet se rend compte de l'anormalité de sa conduite, tente même de lutter, mais ses impressions sont trop passagères pour permettre la moindre « expérience », et ses facultés de contrôle sont trop faibles pour une lutte efficace.

L'impulsivité de ces malades est souvent remarquable. Ils en sont souvent conscients et cherchent à lutter contre cette tendance (l'hypomaniaque, lui, ne lutte pas), les contradictions, le besoin de déplacement (fugue, vagabondage) une affectivité basée plus sur l'imagination que de véritables qualités de cœur, souvent un égoïsme foncier sont des traits cliniques habituels.

Le besoin « de se créer un personnage », la mythomanie, n'empêchent souvent pas un jugement correct des actions d'autrui, mais le déséquilibré est toujours un fort mauvais juge de son propre cas. Les tendances hypocondriaques, fréquentes chez ces sujets, seraient la conséquence de l'égotisme morbide. En somme, pour Mairat et Euzière, le déséquilibré ne serait qu'un instable qui a « passé aux actes ».

On a pu parler d'instabilité morale, intellectuelle ou psychomotrice : le plus souvent *l'instabilité est totale*.

C'est chez l'enfant (1) que se montrent très tôt, l'inattention, la turbulence, les bizarreries, l'indiscipline par instabilité motrice et intellectuelle : « une déconcertante dysharmonie des aptitudes »; « chorée mentale de Demoore ». Les A. en déduisent que le déséquilibré est

(1) Comme l'ont montré J. Philippe et Paul Boncour: *Les anomalies psychiques chez les écoliers*. Paris 1907.

un héréditaire en raison de l'apparition des premiers symptômes dans le jeune âge, des antécédents familiaux psychopathiques, de l'action de la croissance sur les troubles (puberté). L'alcool, les maladies infectieuses intercurrentes agissent comme « chocs précipitants ».

Les alternatives de manie et de mélancolie évoluant sur le mode mineur ne sont pas rares. La superficialité de l'intelligence, la graphorrhée, fouillis de réminiscences et de lieux communs, l'imagination dérégulée, les passions déchaînées, la prédominance des sentiments et des idées fausses qui priment le jugement et la conscience morale; la suggestibilité : composent souvent un tableau analogue à celui de la manie. En fait, Mairet et Euzière pensent à la proche parenté, sinon à l'identité des deux processus. L'importance pratique des déséquilibrés rémittents sous l'action d'une cause externe ou interne n'est pas pour infirmer cette thèse : le sujet déséquilibré étant alors comme le maniaque, pas libre de ses actes, bien qu'il ait conscience de leur gravité ou de leur anormalité.

En résumé, pour Mairet et Euzière, le déséquilibré est un individu qui peut être tantôt en deça, tantôt au-delà des limites de la raison et de la folie; le déséquilibré intermittent arrive à tomber dans la folie pendant ses accès, le déséquilibré simple n'y entre jamais, le déséquilibré rémittent toujours. La limite de la folie est marquée par deux éléments : l'exaltation maniaque, l'inconscience. Le déséquilibré peut donc être aliéné ou non, *selon les moments*; toutes les formes de passage existent entre le déséquilibre et la manie franche, et avec l'inversion morale, état plus fixe et plus grave, bien que ces deux formes puissent coexister.

La médecine légale doit tenir compte de l'irréflexion de tous les déséquilibrés, de tous les invalides moraux en général, de leurs perversions, de leur impulsivité, de leur suggestibilité, de la faiblesse du barrage volontaire, de leur exaltation passionnelle.

La responsabilité ne peut donc être qu'atténuée, elle est nulle s'il y a exaltation maniaque.

Avec Dupré la notion de constitution va absorber intégralement le déséquilibre mental.

La théorie de Dupré enseigne que les éléments du carac-

tère (forme habituelle des réactions individuelles) sont : le type physiologique, les conditions organiques, le tempérament, les tendances constitutionnelles : synthèse de la vie affective et motrice, « expression spontanée de la personnalité ».

Les réactions sensitivo-motrices sont promptes ou tardives, rapides ou lentes, éphémères ou durables, l'humeur est agréable ou expansive, pénible ou répulsive : c'est l'expression de la cénesthésie, enfin l'équilibre humoral et fonctionnel est normal ou pathologique.

L'activité mentale la plus haute, la volonté, est un « pouvoir d'arrêt, de ralentissement, de canalisation de l'énergie sensitive et psychomotrice ». Son insuffisance a pour conséquence la labilité des processus psychiques, l'exaltation de l'automatisme, le déchainement des réflexes (impulsivité), inversement, l'atonie générale, l'aboulie, la lenteur psychomotrice, le manque d'initiative par insuffisance de sensibilité physique et psychique peuvent se voir.

Dupré considère comme un progrès d'avoir isolé les perversions instinctives des autres éléments de la déséquilibration psychique : obsessions, impulsions, émotivité, paranoïa, manifestations convulsives.

La plupart des sujets que nous étudions, pour Dupré et ses élèves (Logre en particulier), entrent dans le cadre de la constitution perverse ou de la constitution mythomaniacale. La variété des faits cliniques ne permettant pas un classement aussi rigoureux (il n'y a pas de cas ayant les caractères purs d'une seule des constitutions fondamentales), Dupré est bien obligé d'admettre l'existence de plusieurs constitutions chez un même sujet, ce qui affaiblit singulièrement la notion même de constitution : état essentiellement basal, inné, *sorte de facteur biologique* (qu'elle soit héréditaire ou non), d'apparition précoce persistante, caractéristique de la personnalité; infirmité chronique plus que maladie, créant un terrain propre au développement de psychoses transitoires ou durables, les dites psychoses n'étant que le grossissement et l'exagération des caractères innés (Delmas et Boll).

Voici comment Dupré présente sa thèse au Congrès de Tunis : « La notion de perversions instinctives se dégage « avec une netteté croissante, du chaos originel où les pre-

« miers observateurs l'avaient entrevue et confondue avec
« les autres éléments de la déséquilibration psychique :
« émotivité, obsessions et impulsions, excitation maniaque,
« dépression mélancolique, épilepsie, paranoïa, etc... Sus-
« ceptible d'apporter en dehors de tout délire, le trouble
« le plus grave dans la conduite des malades... En effet,
« sous les vocables de penchants innés, d'inclinations na-
« tives, de dépravation des instincts, de folie d'action, de
« délire des actes, de manie instinctive, d'idiotie ou de
« folie morale, de perversions des sentiments, de perver-
« sions morales, d'immoralité constitutionnelle, d'invalidité morale, etc... C'est toujours la même notion fonda-
« mentale qui est invoquée, sous la synonymie la plus
« expressive, par les auteurs, pour expliquer l'origine
« innée, la nature constitutionnelle, la durée permanente
« et le caractère irréductible des tendances que manifestent certains sujets à suivre une conduite anormale, à
« adopter des mœurs singulières, et surtout à commettre
« des actes contraires à la loi morale et à la sécurité publique, des actes préjudiciables à eux-mêmes et dangereux pour autrui qui créent entre la loi pénale et ces êtres
« antisociaux un perpétuel état de conflit. »

Dupré fait des troubles instinctifs le centre du tableau clinique, le *primum movens* de la conduite du déséquilibre; de plus, les tendances perverses apparaîtraient « primitivement, spontanément, antérieurement à la conscience et à l'intelligence, exprimant par leur nature, leur degré et leurs formes, *le fond même de la personnalité* ».

L'étude de l'ascendance et de la descendance des pervers montre à Dupré l'existence de tares psychonévropathiques héréditaires variées.

Les perversions sont presque toujours associées à d'autres « tares dégénératives » (alors pourquoi en avoir fait une constitution spéciale, la constitution perverse?), infantilisme psychique (mythomanie, hystérie), impulsivité, instabilité, troubles de l'émotivité, éléments de la constitution paranoïaque, l'épilepsie : on voit que Dupré est obligé de faire appel à toutes les constitutions devant la complexité et la variabilité des faits cliniques.

Bien entendu, il n'oublie pas la rituelle constatation des

stigmates physiques et mentaux de la dégénérescence (hérédo-syphilis, hérédo-tuberculose, hérédo-alcoolisme surtout) chez les pervers de toutes espèces.

L'étude clinique que Dupré fait ensuite des perversions instinctives est à tous points de vue remarquable.

Dans l'ensemble, Dupré tombe sous le reproche de Falret : l'isolement artificiel des facultés mentales, des troubles de ces facultés sans considérer l'ensemble de la personnalité du malade.

La notion de constitution renforce la notion de dégénérescence dans ce qu'elle a de théoriquement de plus rigide, de plus étroit; si bien que l'on est obligé d'apporter des correctifs : « les associations pathologiques », la reconnaissance de perversions à caractère obsédant et impulsif, l'émotivité avec irritabilité particulière des pervers, les paroxysmes épileptoïdes.

Dupré s'accroche solidement à la dégénérescence héréditaire en ce qui concerne l'étiologie, quoiqu'il admette l'existence de perversions et de déséquilibres acquises (traumatismes crâniens, affections cérébrales aiguës ou subaiguës laissant « comme séquelles » des troubles de la conduite et du caractère. Mais il a soin d'ajouter que, là encore, il convient d'invoquer « *une disposition personnelle* », une vulnérabilité psychique particulière.

La doctrine des constitutions a été adoptée par l'ensemble des psychiatres français, et c'est elle que l'on trouve à l'heure actuelle, exposée dans la plupart des traités classiques.

Les études, surtout cliniques, que les psychiatres français ont faites de « la folie morale », ont toutes tendu à l'isoler peu à peu des autres maladies mentales dont le tableau clinique se précisait : paralysie générale, délires chroniques, psychose maniaque-dépressive, confusion mentale, épilepsie, hystérie, psychasthénie. C'est cette tendance clinique bien plus que les essais de synthèse étiologique autour de la dégénérescence, et des constitutions qui domine les esprits lorsqu'on parle de déséquilibre mental.

Avant d'aborder les idées de la psychiatrie allemande touchant le déséquilibre mental, nous signalerons que Bérillon a tenté d'isoler les malades qu'il appelle les

« *aphroniques* » : sujets n'ayant pas de jugement, souffrant d'une insuffisance de synthèse mentale, irréfléchis, dont les pensées et les actions sont pleins de contradictions, intelligents, quelquefois même brillants, sans aucun sens pratique, n'envisageant jamais la conséquence de leurs actes, insoucians, prodiges, joueurs; les aphroniques, indisciplinés, détestant toutes les contraintes sociales, mobiles, impulsifs et utopiques s'opposeraient point par point aux abouliques.

CHAPITRE II

La Psychiatrie allemande

La psychiatrie allemande introduit dans l'étude du déséquilibre mental deux notions importantes :

1° La synthèse Krœpelinienne de la démence précoce et la schizophrénie de Bleuler avec ses formes frustes (notion reprise par H. Claude avec son groupe des schizoses);

2° L'élimination de la notion de dégénérescence en tant qu' « explication causale »; par contre l'étude de la notion de constitution sous une forme nouvelle et plus complète par Krestchmer.

I. — *L'influence de l'Ecole française.*

Les auteurs allemands du début du XIX^e siècle acceptèrent facilement les idées de Pinel et d'Esquirol et ne modifièrent guère la doctrine des monomanies (Heinroth, Affbauer).

Gressinger, le premier, s'élève contre l'étroitesse de la conception d'Esquirol : le psychopathe doit être observé « en entier », dans son ensemble et en considérant l'évolution de ses troubles; les facultés mentales ne peuvent pas plus être isolées à l'état pathologique qu'à l'état normal sinon pour des besoins didactiques et tout à fait artificiellement.

Nous retrouvons l'influence de Morel et de Magnan dans les traités de Schüle et de Krafft-Ebing.

Le premier décrit sous le nom de folie morale ou héréditaire avec dégénérescence, « tous les états pathologiques caractérisés cliniquement par une absence ou une « perversion des sentiments moraux et par une conduite

« correspondant à cet état morbide, l'intelligence restent
« en général bien conservée. »

Un certain désaccord existe entre les auteurs, les uns donnent une énorme extension au concept de folie morale (y faisant rentrer les impulsifs, les obsédés, les persécutés-persécuteurs); d'autres, au contraire, restreignent beaucoup ce groupe de malades ou même nieñt son existence.

Schüle range les fous moraux parmi les psychoses des sujets à développement organo-psychique defectueux, à côté des névroses héréditaires, de la folie du doute, du délire systématisé des processifs, des délires systématisés dits originels, de la moral insanity, de l'idiotie.

Comme Magnan il a observé des délires brusques polymorphes surajoutés à l'état mental fondamental, la fréquence des accidents cyclothymiques, l'apparition possible des délires systématisés. Il reconnaît la valeur des stigmates physiques et psychiques (obsessions, impulsions).

Voici comment il décrit le *tempérament héréditaire* :
« Au point de vue cérébral, l'excitabilité psychique est
« accrue, l'imagination est prédominante et le délire éclate
« facilement; au point de vue spinal, c'est une aptitude
« plus grande à l'excitation, une sensibilité exagérée; l'im-
« pulsion cérébrale irradie d'une manière anormale et
« produit une excitation anormalement durable; du côté
« des sens c'est une tendance hyperesthétique allant jus-
« qu'à l'hallucination. Les vaso-moteurs participent aux
« excitations psychiques (passions) et aux excitations phy-
« siques (intolérance vis-à-vis de l'alcool) avec une énergie
« plus grande. De tous ces caractères résulte l'habitus psy-
« chique qui se compose d'une hyperexcitabilité accompa-
« gnée de faiblesse. Au point de vue émotif on remarque
« une sensibilité excessive et dirigée par les moindres
« impressions nerveuses; du côté de l'intelligence, c'est une
« dysharmonie des différentes forces avec tendance aux
« idées obsédantes; au point de vue psycho-moteur, c'est
« un élan exagéré, à côté d'une volonté affaiblie, un
« enthousiasme excessif, et qui ne dure pas, ou bien une
« dépression considérable. D'une façon générale on peut
« caractériser l'affection, comme étant une disposition et
« un développement du caractère, contradictoires, defec-
« tueux, désharmonisés. Tous ces individus sont malades

« *ab ovo*, toutes ces existences sont d'une nature spéciale
« et anormale. Le développement de l'intelligence et du
« corps est défectueux et non parallèle; quant à la termi-
« naison c'est une mort prématurée de l'intelligence (dé-
« mentia præcox), ou un trouble mental durable, à physio-
« nomie et à marche particulières. »

Krafft-Ebing (1871) distingue la folie morale et la folie raisonnante : la première (idiotie morale) est faite d'un arrêt de développement moral équivalent à un arrêt de développement intellectuel. La seconde est une « folie constitutive » émotive relevant d'une dégénérescence psychique le plus souvent héréditaire, mais quelquefois acquise. Dans l'ensemble de son œuvre, Krafft-Ebing reste très près de la doctrine de l'Ecole française, sauf qu'il introduit dans sa classification le grand groupe des paranoïas.

II. — *La réaction contre les idées françaises.*

La réaction contre la doctrine des dégénérescences est due à Ziehen et surtout à Kroepelin. Ce dernier ne veut pas que l'hérédité soit le centre d'une classification des maladies mentales. Il la considère comme une cause parmi les autres, importante certes, mais pas plus.

Nous allons essayer de résumer les idées de Kroepelin d'après l'édition de 1915 de son traité (p. 1973 et suivantes).

Dans l'étude des cas « qu'il place à la frontière du normal », la notion de dégénérescence est commode mais peu sûre.

Les déviations « présignées » du développement individuel ne peuvent être considérées comme pathologiques que si elles ont une importance suffisante dans la vie somatique et psychique.

Il y aura donc un certain arbitraire dans la classification de ces sujets qui représentent :

1° des états « préliminaires » psychopathiques, dont l'évolution n'a pas continué vers des formes plus accentuées;

2° des formes frustes, latentes des psychoses, à la limite de l'état de maladie;

3° des états basaux, sur lesquels on peut voir éclore des accidents plus critiques, plus graves;

C'est sous cet angle que l'on peut parler de constitutions cyclothymique et schizophrénique (D P sans développement réel, D P incipiens, D P presque guérie ou améliorée passagèrement).

C'est dans ce sens aussi que Kroepelin admet l'existence « probable » d'amoraux, inaffectifs, asociaux et faibles et d'une « constitution paranoïaque ». Le problème lui semble beaucoup plus compliqué pour l'épilepsie, bien que tout le monde en connaisse des formes atténuées, et que Lombroso suppose une base épileptique à certaines constitutions criminelles : il existe des états voisins de l'épilepsie (Affektépilepsie). Peut-on parler d'épileptoïdie ?

En ce qui concerne l'hystérie, Kroepelin est plus catégorique : les hystériques ne sont qu'un groupe des personnalités psychopathiques, une forme de déséquilibre. Les accidents paroxystiques, l'émotivité se développent dans un sens particulier.

C'est ainsi que nous trouverons les symptômes hystériques chez les types les plus variés des psychopathes. Si les troubles permanents de la névrose hystérique l'emportent sur les troubles paroxystiques, on aura une forme particulière de déséquilibre.

Kroepelin insiste ensuite sur le rôle des *inhibitions* du développement : sur ce qu'il nomme l'*infantilisme psychique*.

Les formes frustes de la folie maniaque, dépressive, de la schizophrénie, des manifestations épileptiques, peuvent faire penser à certains processus morbides définis. Mais pour les personnalités psychopathiques, l'hypothèse d'une inhibition particulière du développement, donne un « bon axe de recherche ». Pour l'hystérie et la paranoïa, Kroepelin a déjà fait appel à cette notion : formes explosives de l'*infantilisme émotionnel*.

La névrose d'obsession, la folie impulsive, les perversions sexuelles peuvent être éclairées par cette conception : développement insuffisant de la volonté pour la névrose obsessionnelle avec fuite devant les difficultés de la vie ; déviations de certains instincts, non compensés par une volonté suffisante pour les autres formes psychopathiques.

Kroepelin se défend de proposer cette hypothèse de l'infantilisme psychique comme une explication générale,

c'est une manière d'envisager « assez grossière » des faits très variés et très compliqués.

L'équilibre psychique est rompu parce que « les mouvements psychiques supérieurs » et « les mouvements psychiques primaires », plus puissants et apparus plus tôt, sont en désaccord.

L'influence déterminante, « formante » des expériences vitales, est de toute première importance, elles peuvent entraîner et même déterminer dans une certaine mesure « la défaite du psychisme » par leur force ou leur répétition, mais par contre elles peuvent déterminer aussi l'apparition de « *moyens extraordinaires de défense* » : parfois même une tendance morbide particulière ou une déformation totale de la personnalité ont une valeur de défense.

C'est le résultat de l'action convergente ou divergente de ces différents processus qui constitue ce qu'on peut appeler la personnalité psychopathique.

Il existe un infantilisme psychique (inhibitions) circonscrit, et un infantilisme psychique général (imbécillité, idiotie). C'est ainsi que nous comprenons les rapports entre les arriérations mentales « qualitatives » et « quantitatives ». La coexistence entre les deux formes d'infantilisme est fréquente. La cause première est le plus souvent inconnue : dégénération héréditaire au sens des auteurs français, faiblesse embryologique acquise, maladie fœtale.

La classification des personnalités psychopathiques est encore plus difficile que celle des personnalités normales parce qu'elles ont plus de traits variés, et en même temps communs, malgré les origines les plus diverses. De plus, il n'y a pas de frontière nette entre elles et entre le normal et le pathologique, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer ci-dessus.

Chaque personnalité possède en quelque sorte sa zone d'influence (Formen-Kreise) qui empiète largement sur la zone d'influence, « le cercle » de la personnalité psychopathique voisine. Il est donc bien difficile de donner une liste complète des diverses personnalités psychopathiques.

Les caractères servant à les classer sont le degré de l'insuffisance mentale, les effets des inhibitions du développement, la faiblesse variable des productions, de l'efficiences mentale, la direction des processus psychiques, « leur cana-

lisation », la confusion plus ou moins profonde, les modes particuliers de la pensée, les déplacements qui s'opèrent dans la structure mentale, la prédominance des régions inférieures du psychisme, les réactions de « rééquilibration », les réactions aux expériences vitales.

Finalement Kroepelin se décide à adopter une classification purement clinique, en mettant en avant les formes les plus fréquentes, les seules intéressantes pour le psychiatre : excitables, instables, instinctifs, fantasques, mythomanes.

A) *Les excitables.*

Ils entrent à l'hôpital à la suite d'épisodes d'excitation, de tentative de suicide ou d'actes dangereux pour la sécurité publique.

Leur capacité intellectuelle est, dans la grande majorité des cas, suffisante. Ils portent en général un grand intérêt au monde extérieur; quelques-uns seulement ont été, dans leur jeunesse, de mauvais élèves : inattentifs, fatigables et diffus.

L'élément le plus frappant du tableau clinique est l'*excitabilité émotionnelle*: disproportion entre les paroles et les actes, et les motifs qui les déterminent : trop de colère, de bruit, de violence, de désespoir, d'anxiété, de critiques et d'opposition. Les changements de l'humeur sont considérables; la teinte affective est souvent dépressive; parfois l'excitable est un timide. La tristesse, le spleen et l'irritabilité sans motifs sont fréquents. Quelques-uns sont gais, hyperthymes. De toutes façons ce sont souvent des parasites familiaux.

Poussés par les soucis de la vie ordinaire, l'ivresse (surtout chez l'homme), les conflits familiaux, les déceptions amoureuses, ils font des tentatives de suicide, fréquemment théâtrales et incomplètes.

Les manifestations explosives sont remarquables : elles sont surtout à base d'agressivité, de colère, de désespoir, l'alcool en augmente considérablement la violence. Les réactions passionnelles sont intenses, variables, parfois très dangereuses : colères clastiques, coups et blessures, fugues. Les motifs de ces manifestations explosives sont

futiles : un conseil inopportun, un désir non satisfait, une parole maladroite, un ordre intempestif, une prescription désagréable du médecin. Au cours du paroxysme, la conscience est souvent troublée. Le malade dit alors qu'il était absent, « comme dans un rêve ». La durée des paroxysmes est courte, le malade redevenant lucide et calme très rapidement; le souvenir du paroxysme peut être très estompé.

Les excitables sont rarement des criminels, plus souvent des délinquants mineurs : surtout contre l'ordre public.

La sexualité occupe une place importante chez ces sujets : jalousie, discordes, infidélité et ses conséquences.

L'intrication avec des symptômes hystériques est loin d'être rare : visions plus ou moins terrifiantes, sentiment de translation, mysticisme, petits traits mégalomaniques et mythomaniques, préoccupations hypocondriaques légères, et même crises hystéroïdes « syncopes », rire et pleurer immotivés, mouvements automatiques typiques, troubles du langage, somnambulisme, troubles de la sensibilité générale et spéciale.

Il n'est pas tellement fréquent de trouver des signes somatiques de la dégénérescence.

Nous avons déjà fait ressortir l'extrême sensibilité de ces sujets aux toxiques et en particulier à l'alcool.

Les excitables soustraits précocement aux influences pernicieuses ou choquantes du milieu extérieur, peuvent vivre dans un équilibre relatif.

Les facteurs étiologiques sont : le jeune âge (30 ans), le célibat, la dégénération héréditaire dans 40 %, l'alcoolisme des parents dans 15 % des cas. S'il y a des signes hystériques, la constitution héréditaire semble plus directement en cause. On ne relève que 4 % seulement de maladies mentales chez les ascendants (statistiques de Kroepelin).

L'influence du développement anormal se révèle chez les excitables par leur forme somatique souvent « arriérée » et du type asthénique : elle dépend quelquefois de l'intoxication alcoolique, surtout chez l'homme.

Les caractères infantiles de la personnalité sont ici évidents dans tout le comportement. Ce n'est qu'à la suite d'un traitement approprié que ces sujets peuvent faire montre d'une maturité émotionnelle évoluée, que leur excitabilité

intérieure se transforme, et se développe sur le plan d'un comportement sage, raisonné et équilibré; l'intensité de l'émotion peut, dans ce cas, se diriger, et se transformer en une énergie tenace, avec fixation de la forme et de la qualité des tendances émotionnelles.

Chez les femmes, la prédisposition affective psychomotrice demeure toujours en quelque sorte hystérique. En fait, il y a beaucoup de symptômes communs avec la « grande névrose »; le diagnostic est parfois très difficile. Ces deux formes de la dégénération psycho-névrotique ont, en effet, comme commune origine une grande force instinctive et le déséquilibre émotif : différentes seulement sont les manifestations paroxystiques. Dans l'hystérie, il y a rayonnement de l'excitation interne sur les voies les plus anciennement frayées; dans le but biologique de sauver l'individu d'atteintes extérieures pénibles, l'expression émotionnelle est diffusée et dramatique.

Chez les excitables, la « tension » se transforme en actions arbitraires, souvent « conventionnelles », nullement raisonnées, avec grande participation de la sphère instinctive, « comme les moyens de défense des enfants ».

Les relations avec la psychose maniaque-dépressive paraîtront importantes à beaucoup; on retrouve l'excitabilité dans les antécédents personnels de la psychose maniaque-dépressive; le caractère excitable peut être un signe prémonitoire de cette psychose. On le retrouve enfin fréquemment dans les familles cyclothymiques.

Les limites sont plus incertaines encore avec d'autres psychopathies; les instables, que nous allons étudier, sont aussi excitables; mais plus proches sont les instinctifs : dans les deux types on observe une carence des « freins » psychiques vis-à-vis de tendances urgentes, très puissantes. On peut dire que les manifestations paroxystiques sont analogues, mais plus « extérieures » chez les excitables, plus « intérieures » chez les instables; plus personnelles et plus transitoires chez les premiers, alors qu'elles sont plus générales et permanentes chez les instinctifs.

B) *Les Instables.*

Pour la description de ce type psychopathique, nous

suivrons d'assez près le texte même de Kroepelin (d'après l'édition de 1915) :

La caractéristique essentielle des instables est la labilité de la volonté.

Dans la bonne moitié des cas, la capacité intellectuelle est satisfaisante. Quelques instables ont même une intelligence brillante, distinguée, avec quelquefois une réelle « adaptation pratique ». Mais sans force volontaire ils sont diffus, fatigables, inattentifs, distraits. Leurs échecs scolaires sont dûs à ce qu'ils ne terminent rien, ils ne le peuvent pas.

Le superficiel est leur domaine : ils n'élaborent rien en profondeur : consécutivement leur mémoire est peu sûre. Les facultés imaginatives sont habituellement très vives. Ces instables aiment le rêve, le fantastique même. Ils se plaisent à écouter et à dire des vantardises. Ils « romancent » leur propre vie, bref ce sont souvent des mythomanes (sens Dupré).

Bien qu'ils aient souvent des dons artistiques réels, la culture supérieure leur fait défaut, à cause de leur manque de sens logique. Quelquefois il y a un développement intellectuel prématuré qui tourne court.

Portant un grand intérêt au plaisir dans toutes ses modalités, ces déséquilibrés ont une affectivité de teinte plutôt gaie, de satisfaction personnelle; les déceptions que leur apporte la vie ne comptent guère, ce n'est jamais leur faute. Rares parmi eux sont les tristes, les pessimistes, les hypersensibles, les anxieux, bien qu'il s'en trouve quelques-uns.

La suggestion, le contact des faits transforment en un clin d'œil la tonalité de leur affectivité : ordinairement ils sont irritables ou excitables, parfois batailleurs et processifs avec des réactions impulsives.

L'égoïsme est de règle; prétentieux, insubordonnés, peu sociables, jouisseurs et phraseurs, la vie est intenable en leur compagnie.

Le trouble majeur de la volonté se découvre surtout au moment et à l'occasion de la séparation d'avec le milieu familial, qui le compensait dans une certaine mesure.

Alors on remarque leur profonde incapacité pour un travail régulier : leur enthousiasme initial pour quelque

tâche, tombe rapidement dès qu'il faut s'exécuter. Seul le plaisir (artistique en particulier) peut les inciter à terminer quelque ouvrage.

Conséquence : *le changement continuél de métier* : ils trouvent toujours de bons motifs et des excuses à ces changements. Pratiquement incapables d'avoir une situation indépendante, ils ont sans cesse besoin de stimulation, d'encouragements, de satisfactions pratiques. La variété de leur carrière est remarquable. Leur biographie fait l'effet d'un roman, hélas ! terminé le plus souvent par la déchéance sociale, hâtée par l'abus des toxiques et les excès de toute sorte (l'alcool est employé ici dans un but de « doppage »), dès qu'une volonté tutélaire ne se substitue pas à la leur, défaillante.

Une sexualité exagérée et sans frein, n'est pas faite pour stabiliser ces vies heurtées. Elle adopte volontiers des formes dégradantes : homosexualité, prostitution.

La prodigalité des instables les amène vite à recourir aux moyens les plus douteux pour se procurer l'argent dont ils ont toujours le plus urgent besoin, et qu'ils sont incapables de gagner par un travail régulier.

On comprend donc que ce soient des fléaux familiaux.

Bien qu'ils soient conscients du danger de leur conduite, les instables délinquants récidivent toujours, malgré des regrets sincères et de bonnes résolutions... qu'ils ne tiennent jamais !

Quelques-uns recherchent avec avidité les freins moraux, religieux, pédagogiques qu'ils savent leur être nécessaires, mais il faut que ces freins soient bien puissants pour empêcher l'instable de poursuivre sa fatale carrière.

Les tentatives de suicide, souvent à répétition, sont fréquentes, les motifs en sont superficiels, l'exécution faible, théâtrale, avec des moyens anodins ; les difficultés financières, les déceptions amoureuses, sont les prétextes habituels.

Du reste tous les motifs d'action sont « minces », sans énergie dans l'exécution, sans adaptation des moyens au but proposé.

C'est chez ces déséquilibrés instables, que l'on observe les « états lunatiques » : décisions prises sans contexte émotionnel, sans motivation rationnelle, sans explosion

paroxystique, sans résistance, à la suite d'un stimulus interne ou externe.

Ils promettent chaleureusement et volontiers et font tout le contraire à la première occasion.

Les symptômes de la série hystérique s'observent chez les femmes instables : jérémiades hypochondriaques, allégations spectaculaires de suicide, appels au médecin pour des futilités, simulation de maladies organiques, cauchemars, préoccupations religieuses outrées; occultisme, confusion psychogène, « crises » diverses avec stigmates classiques, hyperalgésie, troubles nerveux fonctionnels.

Pour beaucoup d'instables la sensibilité à l'alcool est marquée.

Le pronostic est très sérieux : il dépend des possibilités d'encadrement social. Celles-ci sont plus grandes chez la femme que chez l'homme; elle est habituellement plus passive, mieux « insérée » dans la société, bien qu'en pratique beaucoup deviennent prostituées par paresse et goût du plaisir.

Les influences mauvaises exercent une grande séduction sur l'instable; faute de frein, la suggestion pernicieuse a trop facilement le dessus, et l'alcool donne son « coup de pouce » à la chute définitive. Chez les instables, on trouve encore un grand nombre de célibataires, de femmes jeunes (prostituées), d'homme d'âge moyen.

L'étude de leur hérédité est encore sommaire: dans 18 % de ces cas, on a trouvé l'alcoolisme ou des psychopathies des parents, mais une maladie mentale nettement caractérisée dans 5 % des cas seulement (statistique de Kroepelin). Par contre, dans l'enfance des instables, on note la faiblesse générale et des maladies nerveuses (tics, chorée, tétanie, convulsions, obsessions, etc...).

Le rôle de certaines circonstances sociales défavorables est assez important : naissance illégitime, perte des parents dans le jeune âge, enfance miséreuse et « en danger moral », mauvaises fréquentations.

Une vie trop dure, comme une vie trop molle et facile, ont d'ailleurs les mêmes résultats sur le gouvernement des instincts, et la maîtrise morale. Non compensés et contrôlés par les tendances supérieures, volontaires, les besoins égoïstes immédiats deviennent prépondérants.

La prédisposition a une certaine importance, puisqu'on remarque que les plus dures épreuves de la vie n'ont pas d'action sur les volontés « bien accrochées », et que par contre la meilleure éducation, les meilleures conditions de vie, les exemples les plus choisis, sont incapables de « redresser » certains sujets.

Les symptômes de la non-maturité psychique sont évidents : l'action est entachée d'infantilisme, la suggestion, l'imagination, l'arbitraire, le goût du plaisir, la fatigabilité, la rêverie éveillée (châteaux en Espagne), l'amour du mouvement pour, lui-même, jouent un grand rôle dans son déterminisme.

L'expérience de la vie et de l'éducation doivent donc tendre chez ces sujets à créer les inhibitions nécessaires.

La force volitionnelle, le self-contrôle ne sont pas normalement si puissants chez la femme que chez l'homme, mais elle est socialement mieux soutenue. Une fois tombée, par contre, la récidive est de règle (récidives incorrigibles des prostituées). Mörchen a décrit un type particulier de femmes de la société bourgeoise ou même de la haute société, qui se caractérise par l'infantilisme, l'hystérisme et la corruption morale.

Le degré le plus bénin de l'instabilité est celui de certains hommes faibles de volonté, imaginatifs et artistes.

L'instabilité est décrétée pathologique dès lors qu'elle nuit à l'exercice des devoirs généraux de la vie, et qu'elle ne cède pas à une éducation spéciale.

Les hystériques avec le développement insuffisant de leur personnalité, se rapprochent à certains points de vue des instables. Alors que les instables sont « poussés » par des forces externes, les hystériques le sont par des forces internes. Comme les mythomanes, les instables ont l'imagination vive, la tendance aux rêvasseries, aux romans, ne se placent pas volontiers sur le plan du réel dont ils appréhendent les soucis. Mais les mythomanes sont plus utilisateurs de leurs facultés imaginatives, plus réfléchis, plus rusés, plus tenaces.

Quel que soit leur type clinique, les instables sont tous prédisposés à la tromperie, à la haine de l'effort utile, à la superficialité intellectuelle, l'égoïsme, la récidive et l'inéducabilité. Ce ne sont jamais des criminels endurcis,

leur action dans ce sens est, par définition même, assez limitée.

L'insuffisance des instables vis-à-vis des obligations de la vie pratique, « leurs défaites » sont assez semblables aux expériences « ratées » des déments précoces; mais au fond les deux états sont très différents : l'instabilité ne conduisant jamais à l'affaiblissement intellectuel.

L'instabilité étant un mode de dégénération, Kroepelin pense qu'un traitement rationnel est impossible; un solide encadrement familial et social peut seul prévenir et empêcher les réactions.

Il préconise le travail régulier, l'exercice physique, qui réussissent dans une certaine mesure, à appliquer et à détourner la volonté défaillante, de buts inavouables. L'éloignement des mauvaises occasions et de l'alcool jouent un rôle essentiel dans la conduite de ce traitement éducatif. Beaucoup d'instables sont envoyés aux colonies (Légion, prospection, exploitations industrielles ou agricoles), ils s'y perdent rapidement.

Dans bien des cas, l'hospitalisation, la tutelle impérative d'une volonté forte, sont nécessaires, l'instable étant par lui-même incapable d'aucun redressement.

C) *Les Fantasques.*

Kroepelin avoue que ce groupe de déséquilibrés est assez factice. Leur attribut essentiel est le *manque d'unité intérieure*. Leurs possibilités intellectuelles sont souvent restreintes : « pensée » peu claire, jugement faux, partial, peu nuancé. Ils aiment l'outrance, le paradoxe, la spéculation, le dilettantisme philosophique. Leurs productions, ce sont souvent des « écrivassiers incorrigibles », d'apparence brillante, n'ont le plus souvent aucune valeur foncière.

Capables de dissimulation, ils sont rusés et industriels. Se surestimant, ils ont tendance à trouver que les autres ne les apprécient pas à leur juste valeur et le passage est fréquent aux idées de persécution.

Rarement gais, plutôt renfermés, « ombrageux », méfiants, leur égoïsme est remarquable. Malgré cela, ce sont des hypersensibles, parfois d'une sensibilité « poétique et

féminine » ; aimant la solitude, ils sont par essence même asociaux ou même résolument anti-sociaux. Ils détestent fréquemment les membres de leur famille.

Il est difficile d'avoir une influence quelconque sur ces esprits « lunatiques », capricieux, difficilement pénétrables et peu confiants. Leur activité est pleine de contradictions, car ils n'ont pas le « sens du réel » et aucun jugement pratique. Malgré leur activité et leur opiniâtreté, leur obstination même, ils ne poursuivent guère ce qu'ils ont entrepris, car ils sont incapables de se tracer une règle de travail.

N'acceptant jamais de conseils, ils veulent tout voir et commenter par eux-mêmes ; ils tendent toujours vers un idéal, un but impossible à réaliser.

De tout cela, il résulte « qu'ils n'ont pas de chance dans la vie », et ils s'en vengent par des actions plus ou moins théâtrales, déraisonnables, singulières. Ils passent pour des « originaux ». Leur sexualité n'est pas très forte en général ; les uns sont chastes « par principe », les autres contractent des unions bizarres, toujours tumultueuses, avec conflits, luttes, jalousie.

C'est chez ces malades que l'on note souvent au cours du développement, des convulsions, des syncopes, des troubles du langage, des manifestations obsédantes, des impulsions motrices incoercibles.

La grande majorité sont des hommes. Presque tous ont des antécédents familiaux très lourds (au moins 75 % des cas). Un grand nombre finissant dans la démence précoce, Kroepelin se demande si l'isolement de cette forme de déséquilibre est bien légitime et utile.

Pourtant cette évolution n'est pas fatale, et les fantasques peuvent verser dans d'autres états psychopathiques ; en particulier il y a des analogies évidentes entre ces déséquilibrés et certains paranoïaques ; il n'y a jamais néanmoins l'intensité des troubles paranoïaques, leur inconscience de l'état morbide, leurs réactions, leur aspect systématique.

Les éléments de l'excitabilité et de l'instabilité peuvent être intriqués avec ceux du caractère fantasque. Dans la forme pure, ordinairement, le fantasque ne commet pas d'action répréhensible ou dangereuse.

D) *Les Instinctifs.*

Leur activité est gouvernée par des pulsions non élaborées dans la sphère de la raison, mais prenant leur origine dans l'inconscient et le subconscient, parfois contre la volonté réfléchie. Les instinctifs ont souvent une capacité intellectuelle très bonne; ils sont doués quelquefois d'un grand sens artistique. Leurs facultés d'assimilation sont très développées. Ils ont une tendance à la surestimation de leur personnalité et on relève chez eux de nombreux traits de mégalomanie; capricieux et menteurs, ils se laissent aller à raconter des choses fausses, ne distinguant pas aisément leurs rêveries de la réalité.

Souvent doués de grandes qualités affectives, leur humeur est habituellement gaie, mais soumise à de grands changements : dépression brusque, irritabilité, excitation. Beaucoup traversent des crises de pessimisme avec pensées ou tentatives de suicide; ces tendances affectives mal ordonnées, explosives, non motivées par des événements extérieurs, sont la source de pulsions qualifiées d'instinctives qui peuvent s'accompagner d'anxiété.

Parmi ces instinctifs, on classe une grande partie des prodiges, des vagabonds (dramomanes), des dipsomanes. Ces troubles de la conduite sont très augmentés par intoxication alcoolique.

Stier a particulièrement étudié les vagabonds : premier stade clinique des instinctifs qui sont poussés irrésistiblement à parcourir le monde; au cours de ces voyages ils sont conduits à l'escroquerie, aux aventures de toutes sortes, à la délinquance la plus variée. Ils n'ont jamais un itinéraire fixé, et toujours le même. Ils errent au gré de leur humeur changeante et des occasions. Stier remarque que ce sont plus souvent des garçons de 10 à 15 ans que des filles. Cette tendance au vagabondage débute dès l'école, que l'enfant trouve dure et fastidieuse, et qu'il quitte « parce qu'il est séduit par la beauté du monde » (Stier).

Kroepelin rapproche de ces sujets, les épileptiques et les hystériques, en état semi-lucide, les dévoyés (clochards), les enfants pervers, les fous moraux proprement dits, les

asthéniques instables. La littérature (1) a fourni un bon nombre de ces types de vagabonds sans tranquillité intérieure, avec de fortes impulsions motrices, qui ne peuvent supporter un travail régulier, une situation stable : partant par goût de l'aventure, « par besoin poétique », ayant trop de tendance à la liberté pour se plier à la contrainte sociale; ils sont vomis par la société; leur intelligence, leur facultés intuitives, ne les empêchent pas de tomber dans la déchéance, aggravée par l'alcoolisme, soit sous la forme d'impulsions dipsomaniaques, soit sous forme d'appétence continuelle et irrésistible pour les boissons fermentées.

Chez les femmes les manifestations hystériques ne sont pas rares. Kroepelin ne croit pas que les instinctifs soient des dégénérés typiques, qu'ils aient subi un arrêt de développement, mais qu'ils sont victimes d' « une insuffisance personnelle permanente ». Ce sont pour la plupart des célibataires, car ils sont incapables de se faire une situation et de fonder un foyer. Ils peuvent avoir un degré de culture remarquablement élevé.

Le rôle de l'hérédité n'est pas du tout évident.

Le trouble fondamental semble être une *sidération des inhibitions devant l'assaut brusque des tendances inférieures*; le manque d'éducation des inhibitions volontaires est souvent à incriminer. Dans l'anamnèse des instinctifs, on découvre fréquemment que vers l'âge de 18 ans, le caractère et le tempérament n'ont subi aucune modification, et que la dominante instinctive normale dans l'enfance, a continué à exercer son empire sur l'ensemble de la personnalité. L'abus d'alcool, les désordres sentimentaux propres à la puberté, accentuent le déséquilibre. Il existe cependant des cas plus précoces, constitutionnels (?) où le déséquilibre instinctif débute dès l'enfance.

Le déséquilibre instinctif pur est plus rare chez les femmes que chez les hommes parce que la vie instinctive de la femme est plus émotionnelle, plus graduée, plus expressive... « plus hystérique ». L'encadrement social plus strict joue ainsi un rôle important dans cette disproportion.

(1) Voir les vagabondages de Verlaine et de Rimbaud dans le livre de M.-F. Porché : « Verlaine tel qu'il fut. »

On peut rapprocher cliniquement des instinctifs les joueurs et les collectionneurs pathologiques; la tension morale, le goût du risque, l'espoir du gain d'une part, le sens de la concurrence d'autre part, sont leurs moteurs psychologiques. Les *asociaux* sont poussés par des instincts inférieurs; chez les instinctifs, le trouble est plus limité, moins général, moins profond aussi.

L'épilepsie dite affective est très proche des manifestations du déséquilibre instinctif. Il en est de même pour l'épilepsie dégénérative. L'état mental habituel de ces malades comme leurs accidents paroxystiques sont très voisins des traits cliniques des déséquilibrés instinctifs.

E) *Les Mythomanes.*

Nous savons qu'ils ont été bien étudiés (par l'Ecole française, en particulier Dupré) : leurs caractéristiques essentielles sont l'*hypertrophie pathologique de l'imagination*, l'*instabilité et le manque « final » de volonté*.

A première vue, ces individus paraissent intelligents, cultivés, doués de sens oratoire, volontiers polyglottes; mais un examen approfondi révèle leur dispersion intellectuelle, leur superficialité, l'absence de l'élaboration logique, la faiblesse des facultés synthétiques.

Ils ont souvent un grand sens artistique et poétique, se piquent de littérature, d'art, de sciences, de réformes sociales, de préoccupations mystiques.

Dans l'enfance ils sont des élèves fantasques, apprenant vite, mais distraits et se fatigant rapidement. La réflexion leur fait horreur. Ils évitent les responsabilités et s'éloignent des professions qui en comportent. Leur jugement insuffisant ne leur permet pas d'adopter une direction de vie « utile ».

La vivacité étonnante de l'imagination, le plaisir de mentir (très précoce), la graphorrée fantaisiste (récits inventés, lettres anonymes), leur goût de tromper « pour l'amour de l'art » si l'on peut dire, et sans intérêt bien marqué, achèvent le tableau clinique de mythomanie.

Pour beaucoup d'auteurs, le trouble fondamental de la mythomanie, est *un trouble émotionnel* qui obscurcit la

mémoire et le jugement (cf. témoignages contradictoires devant les tribunaux).

Kroepelin remarque justement que dans la plupart des cas, les « inventions » des mythomanes leur sont personnelles. L'émotion augmente la valeur de la personnalité, en apparence, par rapport à l'entourage. Le mythomane croit donc augmenter sa personnalité vis-à-vis des autres. L'imagination donne, de plus, satisfaction à ses propres besoins d'émotion : telle est l'explication proposée par Kroepelin.

C'est l'égoïsme mythomane qui pousse ces dés-équilibrés de l'imagination, à améliorer par des récits fictifs, leur situation, leurs relations, leur généalogie, à romancer leurs actes, toute leur vie. Mais contrairement aux délirants chroniques (types paranoïde ou paraphrénique), il y a une base de faits réels, et l'ensemble « illusionnel » n'est pas fixe.

Au point de vue affectif les mythomanes sont plutôt optimistes, gais, affectueux, sociables; quelques-uns sont déprimés, anxieux et impulsifs.

La plupart d'entre eux, quand ils arrivent dans les services spécialisés, ont fait des tentatives de suicide, exagérées et théâtrales, avec recherche de conditions artificielles propres à s'attirer la pitié de l'entourage. Les changements de l'humeur pour des motifs futiles sont extrêmement fréquents, mais ils durent peu. Dans le fond, les mythomanes sont toujours légers, frivoles et égoïstes, recherchant une satisfaction directe, immédiate de leurs désirs du moment.

Tournés uniquement vers l'extérieur, ils ont peu de soucis et ne s'en embarrassent guère, les devoirs élevés et généreux leur répugnent.

Leur activité désordonnée, leur instabilité sont frappantes; amoureux du changement et de la distraction, ils ne terminent jamais ce qu'ils ont entrepris. Leurs décisions sont aussi immotivées, inattendues que définitives.

Au point de vue médico-légal, ce sont de petits délinquants (escroquerie, grivèlerie, calomnies, prostitution) et des récidivistes impénitents. Ce sont souvent des escrocs « au mariage », des charlatans politiques, des usurpateurs d'états civils, des « pilons » d'hôpitaux, des parasites so-

ciaux. Leur sexualité est ordinairement vive et peut être orientée dans un sens pervers.

La responsabilité des mythomanes est très variable : ils oublient parfois le fait incriminé, en méconnaissant l'importance, promettant de réparer, affectent sincèrement une contrition théâtrale, la suggestion intervient fréquemment dans leur délinquance.

L'instabilité intérieure si caractéristique de la mythomanie est souvent déclenchée par un facteur psychogène, par un épisode confusionnel ou oniroïde. On peut la voir chez les arriérés mentaux et des psychasthéniques.

Certaines conditions sociales interviennent puissamment (changement de milieu, internement, prison).

Plus de la moitié des mythomanes, d'après Kroepelin, auraient des crises hystériques typiques ou des équivalents (crampes, évanouissements, troubles de la sensibilité, troubles moteurs ou contractures).

Ces mythomanes sont très sensibles aux toxiques, en particulier à l'alcool.

Le mythomane peut rester déséquilibré toute sa vie, ou bien une certaine maturité d'esprit se fait, à l'occasion d'événements, de circonstances compensatrices ou qui « masquent » le déséquilibre de l'imagination et de la volonté. Ce changement heureux dans l'orientation du mythomane se produit le plus souvent entre 25 et 30 ans (liquidation d'un reliquat infantile ?).

Les mythomanes sont surtout des femmes jeunes (20 ans). Nous insistons sur ce fait que le déséquilibré mythomane est souvent un désordre *passager* du développement. Ainsi l'avons-nous observé chez les hystériques; les instables, les excitables, les anti-sociaux même.

Comme les autres déséquilibrés en général, les mythomanes ne peuvent fonder une famille et restent célibataires dans 80 % des cas (Kroepelin), socialement ce sont des commerçants (souvent en faillite!), des artistes ou des « femmes écrivains ».

L'hérédité joue un certain rôle : directe ou non, elle comprend des alcooliques, des psychopathes, rarement des maladies mentales bien déterminées.

Au point de vue somatique, on rencontre fréquemment l'infantilisme physique qui va de pair avec l'infantilisme

mental : fait de rêverie, d'amour du théâtre, et des situations fictives, qui ne sont pas surmontés par les expériences vitales et la volonté, au moment du passage à l'âge adulte.

Les mythomanes ont donc un développement imparfait : ils restent des infantiles mentaux. On peut donc invoquer pour eux un mécanisme de dégénérescence.

III. — *Le déséquilibre mental dans la Psychiatrie allemande contemporaine.*

A) *Les tendances générales.*

Depuis Kroepelin, beaucoup d'auteurs ont étudié les déséquilibrés dans les pays de langue allemande. Toute cette littérature a été condensée dans un livre intéressant de Kurt Schneider : *Die psychopathischen Persönlichkeiten* (Leipzig und Wien 1934) auquel nous ferons un grand nombre d'emprunts pour l'exposé de ce qui suit :

Au point de vue théorique, G. Kahn (1) a réuni l'essentiel des théories actuelles, nous résumerons plusieurs passages de son article.

Tout d'abord pour les écrivains allemands modernes, la question des personnalités psychopathiques a beaucoup changé depuis Esquirol, Morel et Magnan, par suite des progrès de la psychologie dite individuelle (Adler) et de la psychanalyse. On prétend étudier ces sujets pour ainsi dire de l' « intérieur ».

Les mécanismes psychanalytiques bien connus du refoulement, du déplacement des complexes, le rôle primordial de l'inconscient, de la sexualité sont souvent invoqués, à titre explicatif, quoique beaucoup répudient les interprétations un peu artificielles auxquelles se livrent les psychanalystes.

Il est certain que le déséquilibré, quel que soit son type, est beaucoup plus « activé » par la sexualité refoulée que l'homme normal : rôle, essentiel pour certains auteurs, du complexe de l'inceste, haine du père, etc...

Adler explique le déséquilibre psychique par les conflits entre l'instinct de puissance, naturel à tout homme et le

(1) Dans le traité de Bumke.

sentiment d'infériorité, si marqué parfois chez les psychopathes, à cause de leur « moindre validité » physique et psychique (Minderwertigkeit), l'attitude neurotique serait un essai de solution, un compromis, intervenant dans le conflit.

Cette théorie donne donc une grande importance au milieu qui serait le facteur causal essentiel des psychopathies. Nous sommes loin des théories des dégénérescences de Morel, de Magnan de Griessinger, et même de Kroepelin.

Entre la doctrine psychanalytique un peu exclusive dans ses tentatives d'explications, et le rigorisme finaliste de Adler il faut trouver un juste milieu, car les faits sont plus mouvants et plus difficiles à saisir que ne le supposent les théories.

Krestchmer crée un courant biopsychologique en revenant à la notion de tempérament hippocratique, en rénovant la notion de constitution, mais pas tout à fait dans le sens où l'entendent les auteurs français (Dupré, Delmas et Boll). Nous aurons l'occasion d'y revenir.

En résumé par l'étude, « du somatique et du psychique », de la prédisposition et du milieu, de l'aspect dynamique et statique des phénomènes, les psychiatres allemands modernes ont en vue la notion de la personnalité psychopathique observée dans son ensemble. Malgré les apparences, l'attitude est beaucoup moins dogmatique que celle de l'Ecole Française, plus psychologique aussi.

B) *L'étude des « types » psychopathiques.*

F. Kahn, dans le traité de Bumke, suit avec quelques variantes et développements, la classification de Schneider qui trouve des déséquilibrés : nerveux, anxieux, émotifs, impulsifs, excitable, hyperthymes, déprimés, labiles, insensibles, abouliques, instinctifs, pervers sexuels, fantasques, idéalistes passionnés, des esprits faux. (Nous traduisons, autant que faire se peut, les termes allemands de la manière la plus exacte possible.)

Schneider fait remarquer que la faiblesse de la volonté ne peut en aucun cas caractériser un déséquilibre, la

volonté n'étant pas un symptôme principal puisque c'est la résultante de toute l'activité organo-psychique.

Sur ce point nous sommes d'accord avec les auteurs allemands, mais nous nous hâtons de faire remarquer, qu'il est absolument impossible en clinique, de découvrir des types purs de personnalités psychopathiques. Cet éparpillement ne correspond à rien de réel : il n'a qu'une utilité didactique (nous retrouvons encore là le reproche que Falret adressait aux partisans des monomanies).

Nous pouvons encore suivre les auteurs allemands quand ils remarquent avec pertinence que les perversions instinctives en général n'ont qu'une valeur de symptômes (ce qui ne les empêche pas de décrire, arbitrairement, ils le reconnaissent, une personnalité psychopathique perverse).

Admettant les types schizoïdes et cycloïdes de Krestchmer, K. Schneider fait les plus expresses réserves quant au type épileptoïde, pas suffisamment individualisé à son gré.

Enfin assertion un peu curieuse : les types psychopathiques, les déséquilibrés, doivent être étudiés en dehors des psychoses qui sont susceptibles d'en dériver. Pourtant la notion d'évolution nous semble de la plus haute importance.

Les éléments de la personnalité psychopathique.

Ce sont l'intelligence, le tempérament, le caractère sans qu'il existe d'ailleurs de frontière entre eux : « La personnalité s'engageant totalement dans chaque fait vécu. » (E. Kahn.)

Ewald a cherché le fondement biologique du tempérament et du caractère (caractérologie biologique) le tempérament serait l'expression du « *biotonus* » élément constant de la personnalité, le caractère émane de la constitution de l'individu (direction des instincts, allure générale des réactions psychogènes, faculté de capter les impressions et de les retenir, élaboration intra-psychique, faculté de dérivation) c'est un élément de la personnalité beaucoup plus variable que le premier. L'affectivité selon Ewald, serait contenue entièrement dans le caractère.

Krestchmer, ne distingue guère entre le caractère et le tempérament, ses cycloïdes sont vus sous l'angle du tempérament, ses schizoïdes sous l'angle du caractère.

W. Stern qui a toutes les sympathies scientifiques de K. Schneider soutient que le caractère est l'unité des dispositions directives de l'homme (autotélie) le tempérament est une disposition psycho-physique unique (Krauss).

La structure de la personnalité

Les instincts (Freud et Hoffmann) jouent un rôle énorme, primordial peut-être, par leur développement, leur évolution, leur incitation, leur satisfaction, leur subordination, leur déplacement ou leur sublimation.

Le tempérament, ainsi que nous l'avons vu, se composerait de « l'humeur basale » (biotonus psychique : sentiment d'euphorie, de « santé latente ») et des possibilités émotionnelles plus ou moins mobilisables et profondes, les réactions dues à ces facteurs sont plus ou moins rapides, persistantes, mais toujours massives, totales.

C'est par ces considérations que l'on peut saisir les relations du corps avec les instincts, et le caractère : il est le moteur, le guide, le soutien, le générateur même, l'intermédiaire obligé.

Le caractère, c'est à la fois la cause et la fin de la personnalité, lui donnant son sens et son but. On saisit ainsi l'importance des relations avec le milieu, et de leurs relations réciproques.

Pour les auteurs allemands le caractère n'est pas une entité invariable : c'est « un drame » avec son développement, son évolution, variant au gré de l'action des événements sur « les possibilités existantes ».

Voici ce que propose W. Stern, comme définition du déséquilibre mental, et les considérations qui l'amènent à cette définition : l'équilibre (ou orthotélie) est un état, inconscient avant la puberté, conscient ensuite, qui résulte de la concordance de la finalité personnelle (ou autotélie) et de la finalité extérieure (ou hétérotélie). Cette concordance est facile à réaliser pour les uns, difficile ou même impossible pour les autres, par suite de l'intervention, parasite, nocive, de tares biologiques, héréditaires ou acquises.

On doit donc distinguer un équilibre labile et un équilibre stable, suivant que les facteurs de discordance sont réellement compensés, ou suivant qu'ils n'existent pas. Cette compensation des facteurs discordants peut être primitive ou secondaire. Une personnalité concordante est celle où corps, instincts, tempérament, caractère tendent vers une harmonie, seule capable d'assurer le développement de la personnalité totale, d'assurer la « finalité vitale ».

Comme l'équilibre, le déséquilibre mental résulte donc de la modification de la structure totale, générale de la personnalité.

Schneider considère les personnalités psychopathiques comme « anormales », mais il reconnaît que les définitions du « normal » proposées jusqu'alors diffèrent suivant les âges et les latitudes.

Nous avons vu que Kroepelin se plaçant sur le seul terrain clinique considère les déséquilibrés comme des « déformés » quant à leur développement psychique, ou bien comme des formes, soit initiales, soit frustes de psychoses connues.

Quoiqu'il en soit, le déséquilibré est à l'écart ou au « tournant » de la maladie, mais il n'est pas un malade proprement dit (?)

E. Kahn, a une opinion plus nuancée : le déséquilibre provient « d'un manque d'unité dans les assises de la personnalité », ni la volonté, ni le caractère ne peuvent être incriminés isolément; le point de vue du caractère si important soit-il, ne peut être que secondaire; bien que la clinique se soit attachée à distinguer des déséquilibrés des instincts, du tempérament, du caractère. L'état de déséquilibre suit les mêmes lois que l'état normal; il n'existe entre eux qu'une question de quantité ou de degré dans l'application des facultés mentales.

Le déséquilibre est toujours le résultat de l'importance, de la position relative dans la personnalité ou de l'union, de plusieurs facteurs psychopathiques. Il est déterminé aussitôt qu'il y a dysharmonie quantitative des facultés mentales entre elles et par rapport au reste de la personnalité.

Il y a des déséquilibrés « réels » et des déséquilibrés

« virtuels », ces derniers restant dans les limites de l'état de santé, par suite de compensations suffisantes; cela n'empêche pas certaines psychopathies de se développer même chez ces sujets; elles représenteraient l'élément compensateur ou une « tentative » avortée de compensation (?)

Les déséquilibrés « réels » ne pouvant accorder leur autotélie et leur hétérotélie (l'une étant trop déficiente ou trop puissante par rapport à l'autre) n'arrivent jamais à l'orthotélie. Ils évolueront rapidement et fatalement (?) vers des psychopathies caractérisées : plus ou moins rapidement, plus ou moins complètement il est vrai, car il y a tous les degrés, toutes « les étendues » de déséquilibre.

En ce qui concerne le déséquilibre, les recherches classiques sur l'hérédité ont un but uniquement causal; mais les Allemands, très justement, font remarquer que les buts, la valeur finale de la personnalité, l'action du milieu ont leur importance.

Tous les déséquilibrés n'ont pas la tendance « directe » normale à réaliser pleinement « leur valeur personnelle ». Ils se trompent fréquemment sur celle-ci. La tendance elle-même peut être déviée et affaiblie; il peut y avoir interposition de valeurs fictives; l'accroissement des valeurs n'est pas homogène et ainsi le développement général de la personnalité est entravé (dystélie).

Donc les déséquilibrés sont caractérisés « du côté causal » par des modifications quantitatives dans l'assise des instincts, du tempérament et du caractère; du « côté final » ils sont diminués par des déviations quantitatives de la notion de valeur interne et externe.

Nous remarquons déjà combien les auteurs allemands tiennent en suspicion les constitutions psychopathiques (au sens de l'Ecole française). Cette notion vise à unir « le biologique héréditaire » et le « psychique », ils ne veulent pas les séparer de l'« acquis ». Kahn est catégorique; « il n'y a pas de constitutions psychopathiques, il y a souvent des facteurs héréditaires. » Il ne veut pas entendre parler de constitutions héréditaires dégénératives.

C'est en vertu de ces principes qu'il accepte la définition de Freud : « la vie instinctive est le moteur de la personnalité ». Il admet l'échelle des valeurs instinctives, leurs

modifications, leur action normale et leurs déviations pathologiques selon les lois et les termes fixés par les travaux psychanalytiques. « La rationalisation » des instincts par l'action volontaire est très importante, et Kahn rappelle le mot de Bostroem : « Gouverner les instincts ne veut pas « dire, supprimer les instincts complètement, ou par force « il vaut mieux les différer pour quelque temps, diminuer « leur puissance, ou les sublimer pour le service des buts « supérieurs. »

« *Le besoin urgent* » (Drang) est une tendance sans direction, « amorphe », sans but, s'accompagnant d'inquiétude et de tension pénible, c'est un état « explosif » (Thiele); les réactions de cet ordre sont communes chez les enfants et les psychopathes.

La dysharmonie des instincts peut aussi bien provenir de leur trop grande force que de leur faiblesse, par rapport à la volonté directrice. Beaucoup de malades que l'on considère comme essentiellement instinctifs : fugueurs, vagabonds, dipsomanes, certains meurtriers et incendiaires, les instables épileptiques, les toxicomanes ne le sont pas en réalité; leurs actions ont plus ou moins la « marque instinctive » mais elles sont souvent défigurées par l'intervention de la volonté. Ce sont tout au plus des « instinctifs secondaires », comme les cleptomanes, et les cupides (?), les fétichistes.

La plénitude des manifestations instinctives est plutôt un signe de bonne santé, que de maladie, malgré ce qu'on peut observer, chez les hypomaniaques, chez qui interviennent alors la fuite des idées et l'hyperthymie.

La réduction des manifestations de la sphère instinctive se produit généralement chez les gens âgés; certains déséquilibrés suivent ce processus : c'est l'*infantilisme instinctif* : il s'agit surtout alors de débiles mentaux, parasites familiaux ou sociaux, à réactions hystériformes, au type physique eunuchoïde quelquefois. Même dans ces cas avec lésions endocrines, le sujet peut compenser sa déficience et se montrer intelligent, socialement actif (ascètes?).

La catégorie des dysthymiques est, reconnaît Kahn, pratique. Mais il va assez loin lorsqu'il prétend en analyser « la structure »; il y trouve les hyperthymes, les hypo-

thymes, les poïkilothymes et veut reconnaître dans chacune de ces catégories des types purs.

a) *Les hyperthymes* sont des tachythymiques, pleins de vivacité, des excitables, des impulsifs, des irritables plus ou moins coléreux ou des euphoriques.

b) *Les athymiques ou hypothymes*: seconde catégorie qui comprend essentiellement des athymiques à type phlegmatique, obtus ou indifférents affectifs; des dysphoriques : anxieux, pessimistes, mélancoliques (au sens romantique du mot).

c) *Les poïkilothymes* réunissent des individualités extrêmement différentes :

1° des labiles d'humeur par mécanisme endogène;

2° des labiles d'humeur par mécanisme exogène.

Chez les gens normaux, on trouve en proportions variables l'hyperthymie, l'hypothymie ou la poïkilothymie. Il existe toutes les transitions avec les « états psychopathiques ».

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX TYPES

A) *Les hyperthymes.*

Les signes de l'hyperthymie sont : l'excitabilité, l'émotionnabilité, la vivacité des réflexes psycho-moteurs.

1° *Les tachythymiques* ont une hyperkinésie habituelle, une mimique expressive et mobile, une parole aisée et facile, une gesticulation « parasite » abondante (les « nerveux » du public). Au point de vue de l'humeur, ils sont euphoriques, dyphoriques ou labiles; le degré de « nervosité » est souvent conditionné par des troubles endocrines, maladie de Basedow en particulier.

Il faut remarquer les relations étroites de ce type clinique avec les tics, mouvements choréïques, ou athétosiques, l'hyperkinésie paradoxale des parkinsoniens.

Au point de vue somatique ce sont surtout des pycniques, parfois des leptosomes.

Ces sujets sont capables d'un contact social intime; mais ils sont superficiels, passant trop vite d'une idée à une autre, aimant l'activité adroite et théâtrale, leur mé-

moire des expériences sociales est « courte ». On en peut trouver néanmoins de très intelligents, tenaces et fermes de caractère; il y a toutes les transitions avec les euphoriques, les hypomaniaques.

2° *Les excitables* ont un degré élevé d'émotivité réactionnelle. Ils sont dans un état permanent d'effervescence; les réactions sont très différentes par leur durée, l'occasion qui les a fait naître, leur forme même. L'excitabilité dépend beaucoup de la structure du tempérament et de la spécialisation caractérielle.

Certains, grâce à un effort très difficile à soutenir, parviennent à paraître calmes et maîtres d'eux-mêmes. Ils « maquillent » plus ou moins les symptômes organiques de leur émotivité : pâleur et rougeur de la face, tremblement, respiration haletante, manifestations motrices diverses. Mais ils « éclatent » souvent par l'effet d'une cause minime.

L'humeur de ces excitables n'est pas toujours la même; les uns sont des « primitifs » leur affectivité est embryonnaire, ils sont la proie de « déclanchements biologiques » à la manière des enfants; d'autres sont plus accessibles à une certaine « sympathie »; ils souffrent de leur excitabilité, regrettent leurs « explosions émotives », souvent d'une façon théâtrale!

Les réactions psychomotrices sont très rapides. Ces états d'excitation sont des états compensateurs chez des personnalités faibles.

Il existe souvent une alliance tachythy-mie-excitabilité. Les réactions sont alors mieux adaptées, plus raisonnées, plus compréhensibles.

3° *Les impulsifs*. Ils ont une tendance à réagir brusquement ou d'une manière imprévue aux incitations extérieures. Ils se rapprochent beaucoup des excitables « primitifs ». La réaction atteint d'emblée son maximum et retombe aussitôt, mais par suite de l'obscurcissement momentanée de la conscience, il peut en résulter des actes très graves.

Cette « disposition » impulsive est considérablement aggravée par l'alcool et les autres toxiques.

Les incitations extérieures « efficaces » sont la plupart

du temps banales (comme pour les excitables) mais fréquemment sous-tendues par des complexes.

La disproportion considérable entre la cause et l'effet réactionnel s'explique par l'augmentation de l'excitabilité, l'état très labile de l'équilibre psycho-physique.

La tonalité des réactions impulsives est très variable : plutôt neutre chez les esprits frustrés; souvent alors sans mesure, rage clastique; anxiété, chez les impulsifs plus évolués.

4° *Les irritables* : Ils ont sensiblement la même excitabilité que les impulsifs et les excitables; la plupart appartiennent aussi à ce dernier groupe, les autres étant des impulsifs. Leur affectivité est faite d'une sorte de tension intérieure, pleine de malaise, favorisant les réactions répétées. Cette irritabilité n'est pas en relation obligée avec la cyclothymie même comprise dans son sens le plus large : l'irritabilité se retrouvant dans des structures psychiques très différentes. Il n'est guère d'irritables purs.

Tout près d'eux, Kahn place les « belliqueux » (euristiques de la psychopathologie allemande), leur irritabilité se traduit surtout par la discussion sans fin, l'esprit revendicateur, le besoin et le goût de la lutte, mais celle-ci a un but, une fin contrairement à celle des irritables vrais, qui est primitive, sans direction, sans choix, explosant au hasard sur l'objet le plus proche.

5° *Les euphoriques*. Ils allient la gaieté, l'optimisme et la vivacité, la force, la mobilité de l'expression.

Leur affectivité est le plus souvent superficielle : si ce défaut n'existe pas, l'euphorique est un sujet profond et de grande valeur sociale.

Mais le plus souvent la gaieté est immotivée, le rire facile; la légèreté superficielle, l'inconstance, l'agitation peu ou improductive de ces individus sont bien vite remarquées de leur entourage.

Ils sont en perpétuel mouvement intérieur et extérieur. Esprits de « prestidigitateurs », ils prétendent tout régler par un sourire ou une plaisanterie. En plus ils peuvent être excitables, rarement impulsifs, plus rarement encore irritables.

Ce sont surtout des pycniques quant à leur « soma ». (Krestchmer.)

B) *Les hypothymes.*

Large catégorie où l'on rassemble les répliques « en négatif » des hyperthymes. Mais il y a aussi des personnalités hyper et hypothymiques mixtes, pleines de contrastes !

1° *Les athymiques* : C'est parmi eux que se rencontrent les phlegmatiques d'Hippocrate. Leur motricité est pauvre et lente; il est difficile de les inciter au mouvement; leur minique est peu expressive. Ils sont habituellement gais parce que leurs capacités émotives sont réduites et lourdes. Mais le phlegmatique peut aussi être méchant avec persévérance, et même brutal.

Inversement une vraie profondeur de sentiment, un sens aigu de la vie peuvent se dissimuler sous ces apparences pesantes.

L'émotivité réactive est réduite, l'excitabilité amoindrie. La combinaison de l'euphorie et du caractère phlegmatique donne des sujets pleins de charme avec lesquels les rapports sociaux sont aisés et agréables.

Ce sont presque toujours des pycniques gras (Krestchmer). Il y a une corrélation non encore élucidée, un véritable balancement psycho-organique, entre cette adiposité habituelle et les dispositions mentales que nous venons de décrire.

On en rapproche naturellement certaines adiposités post-encéphalitiques, le crétinisme, le myxœdème frustré. Les « obtus » (Kahn), sont des flegmatiques inactifs, ombrageux, impénétrables (ils n'ont guère de sentiments à communiquer), une transition vers le groupe suivant.

2° *Les insensibles* : Froids, positifs et hypothymes par définition; en fait, plus ou moins hyperthymes : ils se rapprochent de la perversité telle que la conçoivent certains auteurs français (type du Julien Sorel stendhalien).

Quelquefois impulsifs, cette impulsivité n'a aucun retentissement intérieur; leurs réactions sont parfois d'une extrême cruauté.

Certains insensibles, euphoriques, peuvent masquer cette froideur sentimentale sous des dehors gais et vifs.

Kreschtmer prétend que ce sont des pycniques mais rien n'est moins prouvé.

3° *Les dysphoriques* : au premier plan tous les psychiatres s'accordent à placer les *anxieux*.

Le mécanisme de l'anxiété est lié de très près au fonctionnement neurologique et endocrinien.

On peut l'assimiler (et certains auteurs n'y ont pas manqué) à une « réaction de précaution » analogue à la fuite des animaux, réflexe de conservation vitale plus ou moins inconscient, qui, chez l'homme, s'est élevé dans la hiérarchie des manifestations biopsychologiques.

Le sentiment d'être menacé s'adresse toujours à la totalité de la personnalité: il y a donc une modification totale des processus vitaux.

Freud distingue une forme d'anxiété vague, indéterminée, et une forme très déterminée, rationalisée. Les psychanalystes ont fait remarquer que l'anxiété pouvait « être utilisée », transformée, orientée partiellement ou totalement surtout au début de certains processus psychotiques : schizophréniques en particulier, dans un effort de persévération psychique et de soulagement.

1° *Les timides* portent la marque générale de l'anxiété; ils sont toujours « en attente », « en tension ». Contrairement à ce que pensent les tenants de la psychanalyse et de la psychologie individuelle (Adler), il est certain qu'il existe des « timides constitutionnels » dont la timidité apparaît très tôt, dès l'enfance.

Certes, beaucoup de timidités sont secondaires, réactionnelles, à des complexes et à « des situations vitales » particulières. D'ailleurs l'existence d'une timidité constitutionnelle, n'enlève pas aux complexes, « aux faits vécus », aux manifestations hypocondriaques dérivées, leur valeur dans l'édification et la direction générale du processus.

La part de l'instinct sexuel dans la genèse de l'anxiété neurotique ne sera pas sous-estimée.

2° *Les phobiques* : eux n'ont rien de « constitutionnel », de biologiquement prédéterminé; leur anxiété est formée, réactionnelle, secondaire et rationalisée. Leur crainte est centrée sur un objet, un thème connu.

Cette anxiété est un moyen de défense, de protection. C'est pourquoi le phobique est guéri par le psychothérapeute alors que le timide est seulement soulagé.

L'étude de l'anxiété (pense Kahn) serait fructueuse si l'on prenait comme point de départ les anxiétés à substratum organique évident : cardiopathies, asthme, déséquilibres vaso-moteurs, intoxication, etc...

L'anxiété donne une tonalité particulière à l'humeur des timides : ce sont des dysphoriques, les phobiques sont dans le même cas.

Une sorte de périodicité anxieuse n'est pas rare; elle est souvent basée sur les modifications instinctives, climatiques en liaison avec le fonctionnement endocrinien : puberté, ménopause.

Beaucoup de timides sont des « passifs », psychiquement faibles, peu excitables, peu affectifs. Les phobiques participent des tempéraments les plus différents : ils peuvent être vifs, irritables ou même « insensibles », (ce sont des leptosomes pour Krestchmer.)

3° *Les pessimistes* (Missmutige) sont des individus impatients, déplaisants, mécontents de tout, tristes et irritables (sur le mode mineur), moins « passifs » que les mélancoliques, plus que les vrais irritables, égoïstes, ne s'occupant guère des faits et gestes d'autrui. Les processus psycho-moteurs, sont lents, faibles, lourds et durables.

Quant à l'irritabilité vraie où l'excitabilité s'y ajoute, on a affaire à de véritables fléaux sociaux.

Mais plus nombreuses sont les combinaisons avec les athymiques, ce qui donne des individus sournois, froids, réservés, taciturnes avec lesquels on ne peut avoir aucun contact affectif. Un certain degré d'anxiété, très fréquent, les rend enclins à l'hypocondrie ou au délire de persécution. Les impulsions à base d'anxiété sont assez fréquentes (raptus anxieux).

4° *Les déprimés mélancoliques* contrastent fortement avec les euphoriques, « recherche du côté triste de la vie » (Kroepelin); ce sont les véritables pessimistes. Ils surestiment les difficultés, se sousestiment eux-mêmes, ont un sentiment d'infériorité, manquent de confiance, sont hypersensibles, lents et inhibés. Les processus psychiques sont très au-dessous de la moyenne, les réactions embarrassées et monotones.

Le facies classique en flexion, laisse deviner les traits

psychologiques; certains peuvent être sceptiques, critiques et tracassiers.

Leur affectivité est souvent très profonde; ils sont très sensibles à la souffrance des autres, bien qu'ils souffrent eux-mêmes. Rares sont ceux qui n'ont aucun penchant altruiste. Quelques-uns impulsifs, d'autres irritables : type alors particulièrement malveillant et égoïste, méchant, processif, volontiers pervers.

Le groupe de beaucoup le plus important est celui des déprimés anxieux (formes secondaires de l'anxiété) ils inclinent souvent vers des formations neurotiques « *de protection* ».

On ne peut rien conclure à propos de leur structure corporelle.

B) *Poïkilothymes.*

Ils constituent une transition entre l'état normal et les états hypo et hyperthymes basaux. Leur caractère essentiel, est la variabilité de l'humeur, de l'excitabilité, des réactions psychomotrices, de la disposition affective (dans de certaines limites).

En admettant que les instincts et le tempérament sont les « *générateurs dynamiques* », les variations se font sous l'action de forces endogènes.

C'est dans ce sens qu'il faut comprendre que certains hyperthymes deviennent hypothymes et inversement. Normalement la jeunesse est hyperthyme, l'âge avancé hypothyme.

C'est chez les poïkilothymes dits « *labiles endogènes* » que l'on remarque une périodicité vraie, dont le malade et son entourage sont très conscients. Les « *périodes* » sont irrégulières dans leur durée et leurs intervalles.

Humeur, émotivité, affectivité ne sont pas toujours modifiées parallèlement; l'irritabilité se voit en outre chez nombre d'entre eux. Les passages entre l'excitation et la dépression se font irrégulièrement avec de nombreuses gradations dues aux événements extérieurs et aux symptômes organiques surajoutés (cardiaques, gastriques, troubles du sommeil) : l'aspect général est complexe.

On n'observerait jamais de rythme périodique pur; il y a « *une sorte de labilité discordante* » : alternatives de

tristesse et d'euphorie, d'humeur irritable et torpide; les malades en sont conscients et en souffrent beaucoup; cf. les mélancoliques matutinaux (frühmelancoliker) dont l'état dépressif se dissipe peu à peu au cours de la journée. Certains qui semblent gais, adaptés à la société et à leur milieu professionnel, deviennent tristes, irritables, inactifs s'ils sont seuls.

La perméabilité affective de ces sujets est en général insuffisante, elle atteint son maximum au cours de la période dépressive, elle est minima au cours de la période d'excitation.

Parmi ces hommes beaucoup sont artistes et originaux. La production intellectuelle est très variable suivant le rythme et la phase de la périodicité.

2° Les labiles par réaction ont une humeur variable suivant les incitations exogènes. Ils ont une disposition dite réactionnelle. Ordinairement excitables et impulsifs, ils sont gais ou tristes selon les événements, l'ambiance.

La dépression « réactionnelle » n'est pas le monopole des labiles. Ordinairement la durée de la réaction est courte, fugace. Le comportement est donc très varié, suivant en ceci les variations de l'humeur.

Les sensitifs sont des types éminemment dysthymiques; ils ont de nombreux points communs avec les labiles réactifs. Les uns sont presque euphoriques (sanguins de Krestchmer). Les autres sont des dysphoriques tristes; leur excitabilité est tournée vers le dedans, d'où leur anxiété fréquente sans impulsivité.

La disposition affective est moyenne ou profonde, les réactions psychomotrices lentes, faibles, mais durables. Les combinaisons psychopathiques sont multiples, l'accumulation des excitations, la tension psychique, les explosions endogènes (impulsions vraies, automatiques) les idées paradélirantes permettent le développement de conséquences psychotiques (Krestchmer).

La place des Dysthymiques dans la clinique.

C'est le problème de la psychose maniaque-dépressive, et de l'alternative cycloïde-schizoïde de Krestchmer.

Des déséquilibrés peuvent passer pour hypomaniaques,

d'autres jamais; il faut se garder des cadres étroits. On est pourtant forcé d'envisager les types schizoïdes plus ou moins en liaison avec la chizophrénie.

L'état épileptoïde, au contraire, n'est qu'une hypothèse.

Nous résumons rapidement les autres types isolés par Schneider et Kahn.

Les quœrulents avec leur tension intérieure maxima, leur « surcompensation », leurs impulsions, l'égocentrisme, quelquefois même leur humeur quasi-maniaque ou même des tendances autistiques.

Sujets rebelles à toute expérience sociale et à la persuasion (ce n'est pas qu'ils ne le veulent point, ils ne le peuvent pas); la surestimation du moi chez ces malades est un phénomène compensateur. Il en est de simples, d'euphoriques (hypomaniaques), de quœrulents proprement dits.

Ils sont tous antisociaux, malgré une intelligence souvent vive. Ce sont presque toujours des hommes par raison sociale, la femme étant mieux protégée, sa « sthénie » ayant moins d'occasions de se développer extra-muros, ou bien adoptant le mode réactionnel neurotique, hystérique.

D'autres peuvent être appelés *déséquilibrés types* ou « originaux » (personnalités anarchiques). Leur vie n'offre aucune unité intérieure, ni finalité. Ils sont pleins de singularités dans leur comportement : faiblesse des instincts, anxiété, alternatives de dépression et d'hypomanie, de manifestations neurotiques, insécurité psychique : tout cela dans un but « d'originalité », de démonstration d'une valeur supérieure (dandys). Ce sont des leptosomes ou des asthéniques, impulsifs dans leurs manifestations motrices, mal adaptées; cette disposition étant souvent augmentée par la déficience de certains organes.

Leur vie instinctive n'est pas mieux équilibrée que leur vie affective; elle est faible ou instable, avec les phénomènes de compensation habituels. Au point de vue tempérament et caractère, ils sont hyperthymes et sthéniques (activité souvent désordonnée) ou hypothymes et asthéniques (passifs plus ou moins discordants).

On devine aisément les heurts avec le milieu social, les contrariétés; les formations psychologiques morbides surajoutées; le refuge dans l'autisme serait fréquent. Ce

sont dans bien des cas, des formes légères ou des séquelles de la démence précoce (Kroepelin, Bleuler, Bumke) *des schizoïdes*.

Parmi eux se trouvent de « petits paranoïaques » (paranoïaques de Kroepelin), inclinant à des illusions délirantes dans le but de préserver leur moi par un mécanisme psychologique « secondaire ».

*A propos de la classification des déséquilibrés
selon l'Ecole Allemande moderne.*

Si l'on entend classer les déséquilibrés par rapport au caractère, on obtient :

1° Les types avec surestimation du moi.

2° Les types avec sous-estimation du moi.

3° Les types ambivalents.

Enfin on reconnaît un mécanisme spécial « l'hypercompensation ». Toutes les études « du moi » des déséquilibrés doivent tenir compte du milieu; l'égotisme comme l'autisme n'étant qu'une recherche de puissance ou de sécurité.

L'homme normal est en équilibre intérieur et en équilibre, en harmonie avec l'ambiance : le déséquilibré ne l'est pas; à cause de déficiences organiques ou de leurs effets primaires et secondaires. Les premières sont essentiellement des lésions cérébrales créant une déficience, les seconds consistent à se replier sur soi-même et à ressentir exagérément l'insuffisance de ses réactions par rapport à une situation vitale donnée.

Les tentatives de compensation vis-à-vis de soi-même et du milieu sont le plus souvent insuffisantes ou inadéquates et aboutissent aux syndromes névrotiques et même psychotiques.

Les égocentriques éprouvent donc une insécurité foncière due à un déplacement de valeur d'où résulte le déséquilibre mental : la personnalité du déséquilibré, malgré l'intervention des compensations névrotiques ou psychotiques, « réalise » plus ou moins confusément qu'elle n'éprouve pas les satisfactions auxquelles elle prétend: c'est à partir de cette *insécurité psychique* et du sentiment d'infériorité qu'elle engendre que s'accroissent les « for-

mations » morbides, que viennent encore aggraver l'action des facteurs extérieurs; une moindre validité organique a les mêmes effets.

Ces considérations n'empêchent pas qu'il existe des « prédispositions » favorables au développement des formations morbides secondaires; il faut bien reconnaître avec Hoffmann que les qualités caractérologiques sont héréditaires; par exemple la moindre résistance aux attaques du milieu social des asthéniques; le mode de résistance très particulier des schizoïdes aux agressions du milieu.

La nécessité biologique de l'égoïsme et de l'autisme serait donc une nécessité de préservation de la personnalité.

L'étude d'ensemble de tous les facteurs « somato-psychiques qui forment la personnalité normale ou pathologique est difficile malgré les progrès de l'analyse psychologique et de la typologie.

Les déséquilibrés sont dystones (en majorité) bien que leur base instinctive et leur tempérament ne soient pas psychopathiques, ou le soient modérément. La dystonie peut ne pas atteindre les assises fondamentales inférieures de la personnalité.

Pour beaucoup d'auteurs allemands modernes, comme pour la majorité des auteurs français, la base somatique de la personnalité psychopathique ou normale se situe dans le système endocrine et dans les centres végétatifs du système nerveux central.

Le caractère est fortement lié aux spères instinctives et du tempérament, mais non pas essentiellement à la structure somatique.

Entre les appareils de la motricité et de l'intelligence, il y a longtemps qu'on a remarqué les corrélations étroites (corticales, pyramidales et extrapyramidales) mais le caractère s'élève bien au-dessus de ces déterminantes somatiques : dépendant essentiellement des réactions, des situations vitales, malgré les observations, en apparence contradictoires, de changement de caractère dans les maladies à substratum neurologique (cortical ou extrapyramidal) comme les encéphalites.

On ne peut donc assigner de localisation au caractère :

il s'agit d'un ensemble de faits secondaires, réactionnels, avant tout.

Schneider et Kahn considèrent que les recherches de Krestchmer présentent un grand intérêt bien qu'il ne soit pas nécessaire selon eux de pénétrer leur complexité pour comprendre la majorité des faits proposés par l'observation clinique. En gros, il est permis de considérer les types pycniques et leptosomes comme purs, les athlétiques sont déjà diminués (*Mischeformen*), les formes dysplastiques sont franchement anormales.

Les *pycniques purs* sont censés s'adapter mieux au milieu, se mettant rapidement en harmonie avec lui.

Les *leptosomes* au contraire sont souvent en conflit avec l'ambiance (aggression ou défense). Galant (cité par Kahn) soutient que la pycnicité est l'idéal féminin puisque c'est une forme qui vise à la conservation de l'espèce; la forme leptosome est plus masculine, par ses caractères plus « évolutionnistes »; plus agressive contre le milieu dans le but de son développement individuel, la « pycnie » serait sociale, la « leptosomatie » serait antisociale. C'est aller bien loin dans l'analyse!

Laissons là ces théories si intéressantes soient-elles; ce qui est évident pour tout médecin, c'est que la structure corporelle est étroitement dépendante des sécrétions internes; le tempérament et le caractère en dépendent donc dans une certaine mesure.

Les corrélations gagnent à ne pas être poussées à leur point extrême, la personnalité humaine étant essentiellement complexe, déterminée par des facteurs psychologiques et sociaux multiples et variés.

Le déséquilibre mental serait rarement le fait de types somatopsychiques purs, car ces types s'équilibrent toujours plus ou moins secondairement, lorsque par hasard leur harmonie est troublée pour une cause quelconque. Au contraire, les formes complexes, « dysplastiques » sont « déséquilibrées » dans leur essence même : elles sont vraisemblablement à l'orée d'une psychose déterminée.

Malgré les assertions de l'Ecole de Krestchmer, les rapports d'une certaine structure corporelle et d'un caractère donné ne sont pas évidents, le mode de vie (*Erlebt*), le moi social, le milieu, ont des actions directrices impor-

tantes. La force même des instincts est indépendante de tous ces éléments. La forme instinctive et pycnique serait pourtant plus naturelle, celle des leptosomes « plus différenciée », avec plus d'occasions de conflits, mais aussi plus de possibilités de « sublimation ». En pratique les types mixtes abondent, ce qui rend toutes ces données bien problématiques.

Une classification des personnalités normales et malades d'après la structure corporelle est prématurée; on ne peut tirer des études de Krestchmer qu'une certaine orientation.

DEUXIÈME PARTIE

LES RÉACTIONS PSYCHOGÈNES ET LES FAITS DE DÉSÉQUILIBRE TRANSITOIRE (1)

Les déséquilibrés, quelle que soit la formule dominante de leur état psychopathique, ont une « aptitude » particulière aux réactions psychogènes.

Dans quelle mesure une réaction est-elle psychogène? Quelle est sa frontière vis-à-vis du normal, et vis-à-vis des psychoses? Question difficile à résoudre. On doit se contenter d'approximations.

La réaction psychogène est difficilement compréhensible sans une base psychotique; bien plus une réaction psychogène est souvent l'indice d'une psychose commençante. Nous savons que certains déséquilibres représentent, au contraire, des séquelles de réactions psychogènes, guéries (pour Kreschmer ce serait le cas de beaucoup de troubles du caractère).

L'orientation totale de la personnalité peut être modifiée ou bien seulement une de ses composantes (Birnbaum) : phénomènes psychogènes de persistance et de fixation des auteurs allemands; certaines modifications du caractère, un grand nombre de perversions sexuelles, reconnaissent un tel mécanisme.

Braun croit que la prédisposition (au sens large) joue un rôle capital dans la production des réactions psychogènes. Elle est héréditaire ou acquise : « c'est la somme des moments de la vie psychique constitutionnelle ». Pour les Allemands le terme de constitutionnel désigne aussi bien

(1) Voir l'article de Braun dans le traité de Brumke.

« l'acquis » que le « transmis », soit l'ensemble de la vie psychique.

Ce rôle essentiel de la prédisposition dans la genèse des réactions psychogènes est souligné par ce fait que ces réactions se voient chez les sujets jeunes.

Etant donnée une même déception amoureuse, par exemple, survenant chez des individus de constitutions différentes, on observe chez l'un de la dépression, chez l'autre des troubles d'allure paranoïde, chez un autre encore des troubles du caractère.

Les éléments physiques de la réaction sont bien connus : rougeur, pâleur, palpitations, troubles digestifs, inhibitions végétatives, oscillations vaso-motrices, lypothymies. Ces symptômes somatiques sont étroitement dépendant des symptômes psychopathiques : c'est de cette dépendance qu'ils tirent une certaine allure et une certaine orientation. Pour éclairer la question des réactions psychogènes Braun divise la personnalité en trois assises :

1° *Une assise somatique* ou inférieure avec ses mécanismes « préformés », végétatifs, vaso-moteurs, primitifs, producteurs de mouvements expressifs simples.

2° *Une assise bio-psychique intermédiaire* où se tiennent les mécanismes émotifs et de régulation affective, élémentaire, la régulation des impulsions et des instincts (comparons avec les schémas de Magnan et de Schüle, voir plus haut).

3° *Une assise supérieure psychique* : centre de l'intelligence de la volonté, des facultés synthétiques, de l'épithymie, du déplacement (Verdrängung) de la suggestibilité (?).

L'ensemble des trois assises avec leurs relations, leur dynamisme, leurs fonctions propres, forment la personnalité avec son tempérament et son caractère.

Les degrés de la réaction psychogène sont variables suivant l'assise principalement mise en cause.

Braun avoue qu'il ne sait guère où placer exactement (assise moyenne ou assise supérieure?) les mécanismes inconscients, subconscients, surconscients, (Oberbewusstsein) et leurs résultantes : rêves, oublis, troubles de la mémoire, mécanismes de déplacement.

« *Le fait vécu psychogène* » doit donc trouver un cli-

mat favorable, « un dynamisme émotionnel adéquat » pour ébranler la conscience, puis l'assise inférieure et déclancher les réactions expressives et les phénomènes vaso-moteurs. Parfois il y a ébranlement de l'assise supérieure et perturbation des mécanismes d'élaboration. La hiérarchie structurale de la personnalité est plus ou moins durablement déplacée : le fait important est que le contrôle supérieur est diminué ou aboli au profit des sphères inférieures libérées (1).

L'intensité et la durée de la réaction dépendent de facteurs somatiques et psychiques variés.

Pour Krestchmer « l'utilisation » de mécanismes préformés par les instincts, la réflexion, ou une « manière d'être biologique » crée l'hystérie. Malgré la constance d'un *but* réactionnel inconscient, la réaction hystérique siègerait toujours dans l'assise moyenne, d'où sa prédilection pour la production de symptômes organiques et inversement l'hystérisation de symptômes préexistants (Bönnhoeffer).

Les réactions dépressives des sujets abouliques, labiles, asthéniques et anxieux, sensibles, affectifs, sont très analogues aux réactions hystériques.

Lange soutient que les personnalités pré-psychotiques (déséquilibrés), ont des dispositions somatiques constitutionnelles acquises ou héréditaires défavorables. Les psychologues au contraire insistent, dans la genèse de tous les déséquilibres temporaires, sur la notion de refuge dans la maladie, de fuite devant les décisions et les responsabilités.

Les réactions psychogènes ont deux modes d'évolution.

Une évolution aiguë, proche des impulsions.

Une évolution lente, prolongée, torpide, s'observant surtout chez les asthéniques, nerveux constitutionnels.

Les principales réactions psychogènes observées chez nos déséquilibrés sont :

1° *Le suicide* : impulsif ou réfléchi, favorisé par l'infantilisme psychique, la labilité émotionnelle et affective des déséquilibrés; l'intoxication alcoolique aussi, qui joue un grand rôle dans le passage à l'acte (lire attentivement à

(1) A rapprocher des doctrines Jacksonniennes exposées par Ey et Rouart. (Encéphale, mai, juin et juillet 1936.)

ce sujet l'observation de Karin L. (Observation n° V). L'influence de certaines conditions climatériques (menstruation) n'est pas négligeable.

2° *Les impulsions* : « émotions explosives de Krestchmer » sont surtout représentées par les paroxysmes affectifs des anxieux et des irritables, avec participation exagérée des organisations motrices, des mécanismes élémentaires primitifs de motricité et d'expression.

« Mécanisme de la soupape » (Krestchmer), analogue à celui des crises hystériques (il y a toutes les transitions). Les auteurs germaniques rapprochent ces réactions impulsives affectives, de la motricité impulsive des primitifs et des animaux.

Les déséquilibrés disposent généralement d'un excès d'émotivité, sans moyens de freinage supérieurs suffisants : ils ne peuvent donc élaborer leurs émotions. Les manifestations se résolvent très rapidement comme elles sont apparues. La première impulsion se produit habituellement après un choc psychique; par la suite des chocs de plus en plus minimes suffisent à la provoquer.

Braun rapproche ce type réactionnel du « théâtralisme impulsif hystérique » et des impulsions au cours des états crépusculaires, des états encéphalitiques des attaques avec obscurcissement de la conscience, de la narcolepsie (Gélineau, Stöcker, Goldfram), des attaques psychasténiques (Oppenheim) des lypothymies psychogènes, des convulsions, des spasmes respiratoires, et vasomoteurs.

Quant aux « attaques » hystériques, pour les auteurs allemands, ce sont :

1° Des moyens d'expression grossiers de l'hyperthymie primitive et de la suggestibilité (réactions du primitif, de l'enfant, du dégénéré).

2° Un symptôme, un moyen, d'expression plus ou moins consciemment et volontairement, mis en jeu, chez les individus plus évolués.

Braun souligne l'importance des *états demi-lucides* au cours des paroxysmes et des psychoses réactionnelles chez les déséquilibrés. Ces états semi-lucides se traduisent par un syndrome moteur sans cohésion, un obscurcissement de la conscience, une scission de l'émotion elle-même.

(Bleuler). Ces troubles sont favorisés par l'épuisement, l'alcool, la menstruation.

Le contenu et la valeur du fait émotif ne forment pas toujours la matière des rêveries semi-lucides. Ces états sont très près du rêve par leur origine, par la vivacité et la tension affectives qui les colorent (comparer au *pavor nocturnus* des enfants, aux rêves à haute voix, au somnambulisme, à la somnolence psychogène).

3° *Les fugues* : ce sont plus souvent encore des réactions de fuite, de protection, devant les difficultés de l'existence quotidienne ou une situation particulière élevée par le psychopathe à la hauteur d'un drame (errance, désertion, voyages, départs incoercibles).

Certaines ont un aspect très primitif, « très organique » (comme les fugues comitiales, comme les fugues des enfants), elles sont plus ou moins amnésiques, instinctives, aveugles, épisodiques. D'autres ont un aspect et un déterminisme plus psychologique avec des motivations plus élevées : émotion, désirs, crainte, extase, attente, auto-suggestibilité (Braun). Les symptômes somatiques sont alors déterminés par des causes biologiques ou psychologiques : préférences, dispositions mentales antérieures, moindre validité d'un organe, héréditaire, congénitale, ou acquise.

4° *Les phénomènes de sidération émotive* (frayeur) offrent un certain intérêt; chez les déséquilibrés asthéniques et hypersensibles, le souvenir de la frayeur peut faire reparaitre les symptômes somatiques.

A la suite de terreurs on peut observer une grande participation de l'assise inférieure de la personnalité et un état de semi-confusion. Cette forme a un décours plus long que les autres (inquiétude, insomnie, cauchemars). Les anxieux ont une prédisposition extrême pour ce genre de manifestations résiduelles.

En général, plus grande est la différenciation de la personnalité, plus grande est la complexité de la réaction, et plus importante est la participation « du conscient » dans la réaction.

Quand un cas de réaction psychogène est compliqué d'épithymie (hystérie), il faut tenir compte :

1° De la personnalité elle-même : inhibitions et résis-

tances affaiblies par l'insomnie, l'abus des toxiques, les maladies infectieuses, l'insuffisance de nourriture, l'épuisement physique, la dépression psychique; chez la femme: les règles, la gravidité, les suites de couches.

2° Des facteurs externes : milieu social, hospitalisation, suggestion, besoin d'utilisation des symptômes (revendication).

Les signes somatiques des réactions psychogènes sont nombreux et ont été étudiés depuis longtemps surtout ceux des réactions impulsives. Quelques-uns sont très importants parce que des altérations organiques peuvent être pour beaucoup dans la genèse des manifestations psychogènes : céphalée, troubles vaso-moteurs, anxiété ou angoisse.

Pendant le paroxysme lui-même on observe : rougeur, pâleur, sudation, palpitations, phénomènes spasmodiques, modifications des sécrétions en général, des règles quelquefois.

C'est à propos des paroxysmes psychogènes que Braun (à la suite d'autres auteurs) invoque l'existence, hypothétique, d'une « psychose épileptoïde ».

Roemer la juge aussi problématique que la schizoïdie de Krestchmer.

Dans la plupart des manifestations psychogènes l'émotion ne suit pas exactement le syndrome moteur, dans son évolution croissante et décroissante. Certaines réactions ont d'ailleurs une longue évolution, conséquence fréquente d'une accumulation d'émotions répétées, bien qu'en général une seule émotion suffise pour déclencher une réaction psychogène chez les déséquilibrés.

Les troubles de la conscience ne sont pas rares au cours des réactions des déséquilibrés : plus l'ébranlement émotionnel est intense, plus la conscience est rétrécie, réduite parfois jusqu'à la confusion véritable (dans les colères furieuses par exemple), avec amnésie plus ou moins complète post-paroxystique; états crépusculaires passionnels.

TROISIEME PARTIE

FAITS CLINIQUES

Nous groupons huit observations de déséquilibrés, sans chercher à faire parmi elles un classement qui serait forcément arbitraire.

Nous avons tenu à rapporter ces observations intégralement, en y joignant lorsque c'était possible, des extraits des écrits et de la correspondance des malades.

OBSERVATION I

H..., Jean-Marie, dessinateur, 35 ans. Entre à la clinique des maladies mentales avec le certificat suivant :

— Déséquilibre constitutionnel, caractérisé par versatilité, inconstance, tendance à l'extériorisation souvent théâtrale, exploitation du milieu familial. Appétit pour les toxiques; alcool, depuis 12 ans au moins (cocktails, vermouth), accessoirement héroïne (à l'occasion d'un placement en maison de santé).

Hérédité surtout maternelle; mère grande déséquilibrée, crises convulsives affectées, 3 tentatives de suicide, vraisemblablement peu sincères; fantasque, snob; se sépare de son mari pour devenir infirmière pendant la guerre; a parlé récemment de partir exercer la même fonction dans la guerre civile d'Espagne. Eut un frère médecin et toxicomane. Eut deux enfants, l'autre déjà passé par l'infirmerie pour excès d'alcool (ivresse furieuse).

Commensal de maisons de santé ouvertes (1930, puis 1932, puis 1933, 4 séjours en 18 mois, puis 1934). Séjour libre à Fleury-les-Aubrais en 1936. Marié, en instance de divorce. Fréquentations de milieux artistiques, de cercles (interdit à ce propos) et des champs de courses. Vit aux crochets de son père et cependant, à l'occasion de tous excès, injures, menaces à la domestique qu'il lui est arrivé de frapper. Va dans une pension de famille (payée par son père), vie joyeuse, libations, excès nouveaux; rentre chez son père, brise une glace par projection de ses chaussures, arrache le verrou de

sûreté, plante un couteau dans la porte et menace son père et la bonne. Intervention de la police, cherche à susciter la pitié, l'intérêt, mensonge utilitaire. L'inefficacité de toutes les autres mesures prises jusqu'ici ne permet pas d'envisager d'autre solution qu'un placement de quelque durée.

Signé: D^r BROUSSEAU.

Observation du 24 Octobre 1936

— Je viens ici parce que j'ai pris une cuite un peu plus forte que les autres. La plainte vient de mon père.

— Qu'aviez-vous fait?

— Il paraît que j'ai démonté un verrou et cassé un carreau.

— Pourquoi dites-vous il paraît?

— *Parce que je m'en souviens pas du tout.* C'est le docteur de l'Infirmierie Spéciale du Dépôt qui me l'a dit, depuis il me semble que c'est vrai. C'est uniquement par provocation, ça vient de mon père. Chez ma mère, ça n'arrive jamais, ni chez les autres personnes.

— Vous accusez votre père de malveillance?

— Je ne l'accuse pas, je le ferai accuser par d'autres personnes qui ont leur mot à dire, par ma mère par exemple. C'est un guet-apens qu'il a fait. Je ne pouvais élever la voix chez moi, sans qu'on appelle les agents. Mon père me poursuit partout. Mon père est un homme impeccable, mais qui a une idée fixe; il raconte n'importe quelle blague, il a des idées fixes et surtout celle-là : il veut me faire aller en prison. Et quelqu'un lui a soufflé cette idée de maison de santé où on enferme n'importe qui.

— Pourquoi vous en voudrait-il?

— Il en veut à tout le monde. Il rend enragé tout le monde. J'ai eu de l'héroïsme d'habiter chez lui. Si vous saviez le résultat que ça va avoir pour moi de rester ici? Quand je n'habite pas chez mon père je ne bois pas. Il me fait des scènes, alors je me donne du courage avec des apéritifs, avec ce qui me tombe sous la vue. Je bois sans plaisir. J'avais parfaitement décidé que c'était fini, ça me fait mal, je ne sais même pas pourquoi j'ai fait ça. En revenant de Normandie on me met ici.

Hostilité délirante à l'égard du père

— Vous n'êtes pas obligé de boire?

— Je ne le nie pas, c'est une sottise que je paie cher. Mon père a décidé que je finirai mes jours ici.

Idées de jalousie à l'égard du père

— Vous ne vous entendez guère mieux avec votre femme?

— C'est parce que mon père était tout le temps chez nous. Ma femme ne peut pas le voir, elle le tuerait. Elle ne veut pas que ma fille aille chez mon père. Ma femme est revenue d'un voyage à l'île de Ré avec lui, ne pouvant plus le voir. J'avoue préférer ne pas savoir ce qui s'est passé entre eux. Il est insinuant comme tout (manifestement réticent). Il a interdit à ma femme de me faire voir ma fille. Il achetait à ma femme tout ce qu'elle voulait.

— Pourquoi votre femme divorce-t-elle ?

— Je n'y comprends plus rien, ça se passe toujours quand je suis enrhumé.

— Cela vous ennuie de divorcer ?

— Beaucoup, c'est moi qui suis parti, c'est pas elle ; dans un moment de dégoût, quand j'ai vu qu'elle ne voulait pas se décoller d'avec mon père.

Violences

— Vous avez menacé la bonne ?

— Ah non ! je l'ai pas menacée. Elle a bien reçu un coup de poing dans la gu... et je ne le regrette pas ! Elle ne veut pas que j'habite chez mon père. Elle me mettait à bout et mon père l'approuvait. J'ai fait justice moi-même. Chaque fois que mon père a passé quelque part, je ne peux plus y aller. Il me fait brouiller avec tout le monde. Il me fait une réputation de demi-fou. J'arrive chez des gens en Normandie qui ne me connaissaient pas et qui me faisaient accompagner par leur fils. J'ai vu la lettre où il y avait des ordres de mon père de me faire surveiller.

Réactions paranoïaques

Interprétations

— Votre père a fait ce qu'il a pu pour vous empêcher de boire.

— Il s'en fiche. Il demandait seulement si j'étais bien enrhumé. Si on lui disait que je bois entre quatre murs, il serait content. C'est la manie de la séquestration, il s'enfermera lui-même. C'est le triomphe de sa vie d'avoir un fils enrhumé. C'est son idée fixe, il raconte cela avec des sanglots à tout le monde, le malheureux ! Il me fichait des coups, j'étais plein de bleus.

— Que buviez-vous surtout ?

— Je ne peux pas vous dire. Je ne sais pas, n'importe quoi ! surtout du mandarin, je buvais jusqu'à 20 mandarins par jour. Je m'étais laissé aller, je cherchais un dérivatif.

— Pourquoi et à quoi ?

— Je n'ai jamais été un buveur. J'étais un joyeux personnage. Au régiment je buvais de l'eau. A mon mariage j'avais cessé tout. J'ai recommencé petit à petit. J'ai trouvé ce dérivatif à ma tristesse, dès que mon père a mis le nez dans le ménage. Il est partout

cet homme-là. Si vous le voyez, regardez-le bien en face. C'est un monstre, un malade. Demandez-lui qu'il vienne me voir.

— C'est un monstre et vous voulez le voir?

Contradictions

— C'est pas une raison pour ne pas l'embrasser. Je vous jure que s'il cessait de me harceler et de vouloir me faire interner je serais très ami avec lui. Quand on ne se parle pas, je me sens très bien avec lui.

— Avec qui avez-vous jamais pu vous entendre?

— Avec tous mes amis. Mais il y a des gens avec lesquels je ne peux pas vivre. Avec ma femme il y a cinq ans que nous ne vivons pas ensemble. Il doit être content de savoir que je suis interné, mon père!

— Est-il normal de résoudre ses difficultés dans la boisson?

— Pas spécialement...

— ...Il y en a qui se lancent dans la noce, cela permet d'oublier. Demande avec insistance à voir son père.

Troubles du jugement

N'aurait jamais fait de tentative de suicide. Mais il y a eu des envies de mourir.

Rélicent sur ses pertes de connaissance; sur ses troubles de la mémoire, sur les épisodes oniriques qu'il a eus.

Arrange les choses, demande qu'on lui donne de l'espoir.

Mémoire actuelle: bien orienté. Sait en gros les dates et la durée de ses divers séjours en maison de santé. Mémoire un peu faible, mais sensiblement normale.

Fond mental: cours de la pensée, activité intellectuelle, normaux et assez vifs.

Jugement profondément perturbé, persécuté, interprétant, avec conviction paranoïaque de son bon droit et de l'hostilité de sa famille.

Emotivité. Instabilité fondamentale. Faiblesse du caractère. Cyclothymie, probable dès son jeune âge. Instabilité des tendances, et des désirs, irritabilité, aboutie.

Pupilles normales.

Tremblement de la langue et des doigts.

Réflexes rotuliens vifs.

Hypéralgésie des mollets.

Petit foie.

Renseignements fournis par le père (brave homme, intelligent et distingué). — Il aurait commencé à boire au régiment. Buvait encore peu et uniquement du vin quand il s'est marié en 1927.

Ivresses. Fait la noce. A partir de 1929 n'est plus ivre, s'adonne aux apéritifs. Devient progressivement violent.

En 1930, entre dans une maison de santé pour délire alcoolique et onirisme. Y reste 2 ou 3 mois.

En 1931, irritabilité croissante. Scènes violentes. Bris d'objets. Défaillances nombreuses de la mémoire.

Fugues : quelquefois fugues amnésiques; il s'en allait; il disait : « je vais téléphoner ». Il rentrait le soir ou le lendemain en disant qu'il ne savait pas où il était allé. Ne savait pas où il avait bu. Certainement quelquefois il le cachait. Quelquefois aussi il semble qu'il y ait eu réellement amnésie. Est rentré à plusieurs reprises avec des traces de coups; ne savait où il les avait reçus. Rentré très abruti. A dû quelquefois rentrer mouillé (le malade avoue avoir simulé ces crises).

Une fois on l'a vu uriner devant tout le monde, il se rappelait ensuite l'avoir fait.

A eu des crises (?) : tombait brusquement et inopinément. Perte de conscience complète de l'avis du père, qui y a quelquefois assisté. Aucun mouvement clonique. Pas de morsure de la langue. Mais une fois a uriné sous lui. Durée 3 ou 4 minutes. Amnésie de la crise. Ces crises ont été assez rares, plus fréquentes lorsqu'il buvait beaucoup, une ou deux par mois. En outre, aurait eu d'autres crises qu'il est impossible de préciser (aucune crise constaté dans le service).

A fait des fugues d'un autre caractère : emportant des objets pour les vendre.

Depuis 1931, *persécuté par sa femme et son père*; terreurs alcooliques, se croyait poursuivi, voyait des agents partout.

Scènes violentes, constantes, depuis cette époque. Alternances de fugues, de violences, de crises comitiales (?).

Après des violences, en 1932, et sur le conseil du commissaire de police, son père le place à Epinay, en maison de santé. Divers séjours dans cette maison de santé, du 11 juin au 22 décembre 1933.

S'y laissait conduire assez facilement, après admonestation du commissaire de police.

Encore en maison de santé du 14 mai 1934 au 4 septembre 1934.

En avril 1936 : violences, le père appelle la police. Le commissaire envoie le malade à Beaujon; en route il saute de la voiture; mais rentré chez son père, il se laisse docilement conduire à Fleury-Aubrais. Il y reste du 5 au 31 août 1936.

Le 17 octobre 1936, projection d'objets dans la rue. Menace son père et la bonne d'un couteau. Le père fait appeler les agents. Infirmerie spéciale et internement actuel.

Antécédents:

Le malade a eu une enfance normale, pas de convulsions, né à terme. Il était intelligent; il travaillait à l'école. Il était extrêmement gentil avec son père. Il travaillait pour lui faire plaisir.

A passé son premier bachot avec mention. N'a pas voulu passer la seconde partie. Son père l'a alors fait entrer chez Pigier pour acquérir une instruction commerciale. Le malade y faisait du dessin et y réussissait. A l'Exposition des Arts Décoratifs en 1926, il a un prix de dessin. Service militaire, pas de punition, il est maréchal-des-logis chef. Les troubles du caractère ont été signalés par sa femme, après son mariage qui a eu lieu en 1927. Sa femme, lorsqu'elle l'a épousé, le connaissait depuis de longues années. Un ou deux ans après le mariage, elle déclare qu'il est très irritable, qu'il boit beaucoup, qu'il a peur dans l'obscurité; insomnies, épisodes oniriques, idées de jalousie; de ce mariage une enfant est née en 1930, en tous points normale.

La mère du malade était une nerveuse, surtout après son mariage; elle était excitée, emballée, instable, de tempérament frivole et léger, futile, capricieuse; elle a eu des attaques de nerfs que le médecin a qualifiées d'hystériques; elle a eu une grossesse nerveuse. Elle aimait attirer l'attention sur elle et se faire remarquer.

En 1915, en pleine guerre, elle abandonne son mari et ses deux enfants, pour se faire infirmière bénévole. Le père de la mère buvait énormément. Un oncle maternel était un déséquilibré, morphomane.

Le frère du malade a eu des tics. Il est instable et violent. La mère est manifestement très déséquilibrée; elle annonce qu'elle est bouleversée. Elle n'a pas vu son fils depuis trois mois. Elle ne peut donner aucun renseignement précis. Elle n'a pas vu les crises, mais dit qu'il erre des nuits entières, rentre sale et défait, grossier devant sa mère. Enfant, il n'aurait pas eu de convulsions, mais une grippe infectieuse à 2 ans et demi, avec fièvre élevée, mais sans délire, d'une durée de 3 semaines. Elle remarque un changement de caractère à 20 ans. Il était devenu coléreux même avant de boire.

Elle accuse le père d'avoir voulu la tuer (pose, essaie d'intéresser et de toucher, noblesse des termes).

Après un séjour de 3 mois dans le service, le malade en apparence complètement guéri, calme et repentant, est remis en liberté le 15 octobre 1937.

Revient dans le service avec le certificat suivant: Déséquilibre psychique. Alcoolisme chronique. Troubles de l'humeur et du caractère. Colères. Violences. Menaces, crises furieuses récentes envers son père et sa mère. Appel à Police-Secours, d'où envoi à l'infir-

merie spéciale. Signes d'imprégnation éthylique, tremblement des mains. Déjà interné dans des conditions analogues du 22 octobre 1936 au 16 janvier 1937.

Signé: D^r LOGRE.

Examen du 5 Février 1938

L'hostilité de son père est invoquée comme excuse à toutes ses manifestations.

« Il ne m'aimait pas parce que j'avais mon sempiternel défaut de boire.

Je me suis mis à boire il y a 6 ans, après mon mariage, parce que je n'étais pas très heureux en ménage. Je suis resté 5 ans marié, divorcé à l'heure actuelle; c'était une question d'éducation. Ma femme était une petite bourgeoise, ridicule, d'esprit étroit; moi, *j'étais un peu bohème... rapin.* »

Il n'avait jamais bu de sa vie, n'avait pas un penchant spécial pour cela, pas par entraînement, buvait toujours seul, au dehors, dans les bars. « Je suis tombé dans ce défaut-là comme je serais tombé dans un autre. Jamais je n'étais ivre. Je buvais surtout parce que j'étais épouvanté de rentrer le soir en tête à tête avec ma femme. Quand j'étais parti là-dedans, je ne pouvais plus m'arrêter. *Je n'y trouvais aucune satisfaction.* J'ai eu le désir de m'arrêter en pensant à ma fille surtout, *c'était plus fort que moi.* A un moment j'aurais pu m'arrêter, un moment même je suis resté 6 mois uniquement à boire de l'eau. »

Cherche dans l'alcool un calme particulier : « Est-ce que je pourrai tenir sans boire, telle était la question que je me posais continuellement. »

« *J'avais la notion que c'était mal,* mais j'étais trop déprimé. Je m'étais mis à jouer. *Je faisais facilement tout ce que j'ai en horreur.*

J'ai même pris un peu d'héroïne. J'ai trompé ma femme. Je me suis arrêté quand j'ai voulu. J'étais en plein *désarroi.* *Il me manquait une faculté de juger, d'arrêter les choses.* Je ne me représentais pas les choses.

C'étais tout juste si je n'étais pas à l'affût d'une nouvelle sottise à faire. Pourtant, je n'ai jamais arrêté le travail! »

Passe par des phases de dépression; idées noires, jamais d'idées de suicide; ses fautes lui apparaissent, s'accuse même de choses imaginaires, surtout grossit ses défauts habituels.

A d'autres moments, phases d'excitation : trop sûr de lui, gaieté un peu feinte, forcée, optimisme ne correspondant pas aux faits.

« *J'ai manqué de faculté d'appréciation,* je ne voyais pas où cela me conduisait.

Je ne suis pas suggestionnable, il n'y a pas d'entraînement, *cela vient de moi*. J'ai fait cela un peu sans y penser.

Ensuite quand j'ai été intoxiqué, l'épouvante des angoisses, des vertiges me faisaient continuer à boire. Ce n'est pas comme la coco ou l'héroïne qui sont difficiles à trouver. On peut être soulagé au premier café venu. »

Incrimine les circonstances : « Jeunesse très malheureuse, père très sévère, mère instable, aucun sérieux raisonnement » : « J'ai gagné beaucoup trop d'argent au moment de l'Exposition des Arts Décoratifs; j'ai voulu profiter de tout ce que je ne connaissais pas.

« J'ai une *volonté qui est faite surtout d'indifférence*, pour certaines choses. »

— Maintenant, qu'allez-vous faire?

— Voir ma famille le moins possible, de façon à éviter les discussions, et voir ma fille deux fois par semaine.

H... est absolument dans le même état que lors du premier internement; très réticent, il nie les faits de violence, décrits dans le certificat, présente des signes d'imprégnation éthylique : tremblement, insuffisance hépatique.

Demande à travailler. Joue au vieil habitué de la maison.

Aucun regret des violences qu'il a commises.

Note du 29 Janvier 1938 : Très calme; « bon vivant »; une certaine indifférence à sa situation; volontiers ironique; n'a jamais eu de crises comitiales ou autres dans le service; état hépatique meilleur; tremble moins.

Redevenu rapidement très calme, « il prend son parti en philosophe » de sa situation d'interné; passe ses jours à peindre et à dessiner avec un certain talent. Affecte de ne pas demander sa sortie.

Poli mais très critique et espiègle vis-à-vis du personnel et des autres malades.

Semi-conscience de l'anormalité de sa conduite par moment, d'autres fois rejette sur la société et sa famille « les responsabilités de ce qui est arrivé ».

Commentaires : cas absolument classique du déséquilibre mental dit constitutionnel : mère déséquilibrée elle-même avec manifestations de fantaisie mythomaniacque habituelle.

Instabilité sociale. Excitabilité, troubles du caractère. Troubles graves du jugement avec tendances délirantes sous l'influence de l'alcool. Récidives. Inamendable. Probabilité d'un élément cyclothymique.

OBSERVATION II

Cres..., Jules, ancien instituteur, électricien, 39 ans.

Espagnol, petit, brun et vif, entre à la clinique le 27 mars 1938 avec ce certificat :

Déséquilibre constitutionnel chez un instituteur espagnol ayant fui les risques de la révolution à laquelle il adhère en esprit. Se dit marxiste, et aussi se montre autodidacte, inventeur futile de procédés enfantins destinés à résoudre scientifiquement les problèmes de son temps. Plusieurs cahiers ébauchés à cet effet. A préféré vivre dans une indépendance relative, exploitant son frère, commerçant à Saint-Germain, refusant de travailler chez lui, invoque la fierté de son caractère, et le plus généralement mendie sur la voie publique.

Supporte mal l'indigence sexuelle à laquelle le réduit son impécuniosité. Pas de réponses à des offres précises faites dans les annonces de *Frou-Frou*. Finit par pénétrer dans un Institut de beauté, faubourg Saint-Honoré, y affirme son tempérament, la nécessité de satisfaire un besoin sexuel pressant et d'avoir une « femelle » en attendant d'être en état de prendre une épouse. Expose ses conceptions sur le mode optimisme d'exploitation des « bordels » en vue du bonheur de l'humanité.

Observé pendant deux semaines. Associations de réticences et d'exposés fermes, courtois, des points de vue qu'il maintient. Impossibilité actuelle de refouler cet indésirable qui échappa à un arrêté d'interdiction de séjour l'été dernier et ne fut retrouvé qu'en janvier dernier.

Aurait été interné à Valence en 1935-36 (Dr. Brousseau).

Biographie : Né dans un petit village de la province de Valence, son père était, paraît-il, instituteur mais n'enseignait pas (?); il remplissait dans la localité les fonctions de juge de paix. Sa mère est morte, alors qu'il avait 15 ans, d'une affection abdominale.

De ses frères et sœurs, restés en Espagne, il ne sait pas grand chose. Sa sœur Marie n'a pas donné de nouvelles depuis le début de la guerre civile, de même sa demi-sœur Pilar, son frère Ramiro doit être sous-officier dans l'un des deux partis; lequel? il ne sait pas au juste.

Un autre frère habite la France depuis 1928; il a installé paisiblement, à Saint-Germain-en-Laye, un commerce de primeurs et ne demanderait pas mieux que de s'occuper du malade, si celui-ci n'avait pas un caractère aussi difficile et avait un peu plus de goût au travail.

Toute la famille est en somme dispersée; en raison des événements actuels, les lettres adressées en Espagne restent sans réponse.

Il est juste de dire que le malade ne semble porter aucun intérêt particulier au sort des siens; son détachement quand on parle de sa famille, des dangers que courent son frère et ses sœurs, de la situation de sa patrie, est remarquable. L'inaffectivité est donc complète.

Il n'y a jamais eu de maladies nerveuses dans la famille.

Lui-même a été un enfant et un adolescent robuste. Il fait son service militaire à Valence, passe un examen de sergent, et reste dans l'armée 6 ans, voulant y faire sa situation. Soit instabilité, soit désir de mieux réussir, il quitte l'uniforme: « Les circonstances étaient mauvaises, les cadres d'officiers étaient trop diminués. » Ainsi explique-t-il sa démission.

En 1920, il contracte une chaude-pisse, puis la syphilis, traitée correctement à Valence pendant 4 ans (arsenic-bismuth). Il ne s'est d'ailleurs jamais fait traiter depuis 10 ans.

En 1919 après avoir quitté l'armée, il fait un premier voyage en France, et exerce le métier d'électricien, à Nîmes. Toujours désireux de « s'élever intellectuellement », il vient à Paris, s'inscrit à l'Ecole des Travaux Publics (?), n'obtient aucun diplôme.

Rentre donc en Espagne, et comme il a son certificat d'études primaires, il songe à l'enseignement; aurait fait des études à l'Ecole Normale de Valence; il serait arrivé brillamment au concours avant l'âge requis (mais tous ces renseignements ayant été donnés par le malade, sont fort sujet à caution!).

La situation intérieure de l'Espagne et le caractère de notre malade, ne facilitent pas plus la carrière de l'enseignement que la carrière des armes, et en 1926 nous le retrouvons à nouveau ouvrier électricien à Valence. Malgré les grèves continuelles, il gagne (péniblement) sa vie et est un peu aidé par ses parents.

Ici se place une hospitalisation, à propos de laquelle il se montre très réticent: maladie mentale ou maladie pulmonaire? Quoiqu'il en soit, il sort guéri de l'hôpital au bout de 3 mois (1935).

Militant avec ardeur dans les rangs du parti socialiste espagnol, il prend part à maintes bagarres de rue et manque de se faire tuer à plusieurs reprises par la police...

Le récit de sa vie devient alors de plus en plus (et volontairement) confus. Il se plaint d'avoir été « abandonné » par ses camarades du parti et mène une vie misérable, ne pouvant travailler à cause des grèves; avoue avoir volé dans les campagnes pour manger.

Plus exactement, très timoré malgré ses airs bravaches, il passe en fraude la frontière française, craignant une extension du mouvement révolutionnaire dans lequel il a peur d'être, à juste titre, compromis. Pour mieux tromper la police française, il truque de vieux papiers d'identité. Dans l'année 1936 il arrive à Nîmes, vagabondant dans la campagne, arrêtant les automobiles pour se faire

transporter d'une ville à une autre. Une arrestation en cours de route n'a pour lui aucune conséquence grave, il est relâché aussitôt malgré le truquage de ses papiers.

Pendant quelques temps, des camarades espagnols l'aident un peu à vivre; puis, à bout de ressources, il quitte Nîmes pour Paris. Il se fait héberger quelques semaines par son frère, qui est vite lassé de ses grands airs, de sa paresse et de ses attitudes bizarres.

Cherchant vaguement un emploi de manœuvre, il mendie ou « tape » son frère pour vivre; vivant d'expédients ou de théories confuses, indifférent au monde extérieur; volontiers persécuté, prétendant être repoussé partout en raison de sa nationalité.

Circonstances de l'internement: Il est très réticent quant aux circonstances qui ont motivé son internement.

Reconnait qu'il a pénétré dans un Institut de beauté faubourg Saint-Honoré, désireux de se marier ou de trouver une maîtresse convenable; il demande à une employée de cet établissement si elle pouvait remplir ce rôle, lui disant qu'elle « ferait son affaire ». L'employée le renvoie à une directrice, à qui il aurait renouvelé sa demande (avec calme, prétend-il). On le flanque à la porte, il ne se rebute pas et quelques minutes après revient à la charge. C'est alors que les propriétaires de l'Institut de beauté préviennent la police qui conduit Cres... à l'Infirmierie Spéciale.

Cres... a dans le service une attitude pleine de contradictions, tantôt absorbé et rêveur, indifférent à l'entourage, il paraît réfléchir à quelque grave problème, tantôt au contraire il est attentif, tendu, ironique, hautain et répond avec une réticence qui n'exclut pas la grandiloquence. Il est nettement imbu de sa supériorité d'intellectuel, anti-fasciste, auto-didacte (très relatif, car il répond bien mal à des questions faciles concernant les matières de l'enseignement élémentaire), il affecte un dédain absolu pour les autres malades et le personnel.

Ses écrits comme ses discours sont très confus; ils ont le plus souvent un thème social et politique : la protection de l'enfant, l'organisation des syndicats, les questions économiques « reçoivent des solutions », marquées d'un cachet d'ambivalence indéniable. Cette ambivalence se manifeste également dans ses convictions politiques : marxiste vaincu, républicain et révolutionnaire à la mode de 1789, il déclare volontiers que l'Espagne et la France le déçoivent, qu'il admire passionnément M. Hitler et qu'il « a envie d'aller habiter en Allemagne ».

Mais la question qui lui tient à cœur et sur laquelle il revient toujours, au cours de chaque examen, c'est l'organisation rationnelle des maisons de tolérance, contrôlées par l'Etat, avec fréquentation obligatoire dès l'âge de la puberté, jusqu'au mariage normal. Il regrette ouvertement de n'être pas marié, et d'être ainsi privé

des légitimes satisfactions d'ordre sexuel auxquelles il prétend avoir droit. C'est ce sentiment de non satisfaction sexuelle qui lui a fait commettre maintes démarches intempestives, en particulier usage des petites annonces de journaux « spéciaux » (« pour trouver une compagne »), et pénétrer dans l'Institut de beauté du faubourg Saint-Honoré.

Cres... est plus réticent encore en ce qui concerne de vagues idées de persécution soit générales: il se plaint de l'incompréhension dont il est l'objet, soit plus précises, relatives à des camarades d'atelier qui le traitaient de « saoul » et qui colportaient sur lui des injures « dans les usines ». Dans le service, certains infirmiers lui semblent suspects, sans qu'il puisse ou veuille dire pourquoi.

— Je ne pourrais jamais m'habituer à cette maison, à cause des autres...

— Mes théories marxistes m'appartiennent « au naturel » (*sic*); j'ai fait comme Descartes (*sic*); j'ai fait abstraction de tout, et j'ai tout soumis à la logique...

— J'estime que l'humanité doit avoir trois classes ou une seule; le premier système n'est pas juste, l'autre système est celui du prolétariat idéal. Mais l'humanité n'est pas encore assez instruite pour réussir à le mettre en pratique. » Discours peu cohérents sur le progrès et la « marche de l'humanité vers la lumière ».

Il est catholique mais estime qu'il y a beaucoup à réviser « dans cette religion » : les habits des prêtres, leur instruction, leur morale et l'autorité du Pape. « La religion n'est pas suffisamment attractive ».

— Ma vocation d'écrivain vient de ce que je critique tout ce qui se passe, c'est la vocation d'instituteur, d'organisateur.

Il n'a pas l'intention d'écrire pour le public, *mais pour lui seul*, « comme un sport », il fera un extrait de ses œuvres qui peut-être sera publié.

Commentaires : déséquilibre marqué par une instabilité assez grande, une inadaptation sociale manifeste, des préoccupations sexuelles un peu particulières. La sthénie habituelle, la méfiance, les idées de persécution, à l'état larvé, marquent une note paranoïaque, mais la tendance à l'isolement, quelques réponses à côté, des réticences sans objet; le peu de cohérence des réponses, peuvent faire légitimement craindre une évolution dans le sens schizophrénique. La syphilis acquise ne paraît avoir qu'un rôle épisodique dans ce cas; le résultat de l'examen clinique et biologique (sang et L.C.R.) est actuellement tout à fait négatif.

OBSERVATION III

B..., Paul, ajusteur, né à Paris, marié. Si l'on en croit le certificat d'entrée, B... est atteint de :

Paranoïa, délire interprétatif, de persécution, méfiance, hypertrophie de sa personnalité, autocratie et inventeur orgueilleux et prétentieux; interprétations multiples, irritabilité, colères, insultes, menaces de mort, aurait déclaré que cela finirait par un crime; « il tuerait sa mère et sa femme qui l'empêchent de déménager, il mettrait le feu à la maison et « bouzillera » tout ».

Veut en effet quitter la maison où il ne serait pas en sécurité. Considéré comme très dangereux par l'entourage, capable effectivement d'une impulsion meurtrière en raison de la fixité de ses idées délirantes et de l'intransigeance de ses prétentions.

Le certificat immédiat (clinique de la Faculté) est beaucoup moins catégorique : « Interprétations vaguement délirantes, déceptions pour inventions réalisées et vendues à perte, espoirs divers qui ont suscité des réactions, colères, impulsions, projets sans cesse renouvelés, orgueil, désespoir devant ses réalisations incomplètes; exaspéré de l'insuffisance de ses ressources. Evolution : en voie d'atténuation; à maintenir. »

Pr H. CLAUDE.

Quinze jours après ce certificat, la sortie demandée par la femme est accordée sous condition qu'il déménage et aille faire un long séjour à la campagne. Voyons comment le diagnostic de délire de persécution de structure paranoïaque a bien pu se transformer si rapidement et dans une telle mesure.

Paul B... a toujours été un grand nerveux, un peu renfermé, susceptible, assez méfiant, et replié sur lui-même; il est sujet à de violentes colères pour des motifs futiles, autodidacte et inventeur; il est l'auteur de petites inventions mécaniques assez intéressantes, en particulier de distributeurs automatiques pour les cafés et autres établissements publics.

Sérieux et travailleur, il aime beaucoup sa femme et son petit garçon âgé de 8 ans. Il n'a pas d'antécédents psychopathiques ou autres susceptibles de retenir notre attention. Depuis plusieurs mois il se sent fatigué et a des préoccupations hypochondriaques variées, maux d'estomac pour lesquels il fait faire une radiographie, craignant un ulcère, celle-ci se montre négative; on lui dit à la Salpêtrière qu'il est simplement « nerveux », ce diagnostic l'irrite davantage. Un mois environ avant l'internement, il devient plus méfiant, regardant derrière les rideaux, écoutant aux portes, croyant tou-

jours qu'on s'occupe de lui, et qu'on dit du mal sur son compte, « qu'il est paresseux parce qu'il est en chômage, qu'il est prétentieux ». Très inquiet, il veut déménager, ne se sentant plus en sécurité dans la maison; sa femme s'y refusant, il la gifle au cours d'une crise de colère.

Nombreuses discussions avec les *localitaires et menaces de mort*. Sa femme incrimine justement dans la genèse des troubles : 1° Les déceptions d'inventeur qu'il a subies; son brevet pour l'invention des distributeurs automatiques lui a été acheté dans de très mauvaises conditions, par des hommes d'affaires véreux; de plus, il souffre beaucoup du manque de ressources qui l'empêche de réaliser matériellement ses idées; 2° L'alcool; il a commencé à boire en 1932, alors qu'il installait ses appareils dans les cafés. En réalité, il boit peu mais il *est extrêmement sensible à la moindre dose d'alcool*. Devant les menaces de sa femme, il promet de ne plus boire, et depuis 6 mois, tient scrupuleusement sa promesse, ce qui démontre qu'il n'est pas un buveur d'habitude.

Sa femme confirme que Paul B... a toujours été un hypersensible, très affectueux, très émotif, impulsif avec des réactions coléreuses, mais revenant tout de suite et se repentant.

Assez orgueilleux de sa supériorité professionnelle, souffrant beaucoup de sa situation modeste, et des difficultés éprouvées pour lancer et exploiter ses inventions, ce n'est pas un délirant chronique, dont il n'a ni la sthénie ni le cadre structural fixe.

Les idées délirantes ont rapidement cédé, au bout de quinze jours, lorsque la part réactionnelle et le tonus passionnel ont été réduits par l'isolement. A sa sortie, le malade est parfaitement calme et rectifie toutes ses idées délirantes. Il reconnaît le côté impulsif et passionnel de ses réactions, lesquelles d'ailleurs sont toujours restées purement verbales.

Au point de vue somatique, B... est un garçon solide. Il présente avec évidence les signes du *déséquilibre émotif*; alternatives brusques de rougeur et de pâleur de la face, tremblement, vivacité des réflexes : gestes vifs, hyperkinésie, ton passionné, sthénique et convaincu; brusques variations du tonus neuro-végétatif.

En résumé : ce malade examiné en pleine phase aiguë; au maximum de son état passionnel, a pu être pris pour un délirant chronique, en réalité il s'agit d'un déséquilibré émotif typique, avec réaction psychogène du type paranoïaque, conditionnée par l'alcool et une situation sociale défavorable.

OBSERVATION IV

P..., 18 ans, est adressé à la clinique de la Faculté, le 11 octobre 1937, venant de l'hôpital Henri-Rousselle, où il a séjourné quelques jours avec le certificat suivant :

Présente un état d'excitation atypique; logorrhée, turbulence, indiscipline, troubles graves du comportement. Idées délirantes de persécution et de grandeur, de structure paranoïaque, haine de ses parents qu'il accuse de ne pas le comprendre, de lui avoir transmis une hérédité fâcheuse d'« être vicieux », hostilité de l'entourage et de la société. Interprétations délirantes, pessimisme orgueilleux, égotisme, grandiloquence, prédestination à la souffrance, débilité prétentieuse, réformateur de la société et de la religion; théosophie et bizarreries macabres, prosélytisme politique anarchiste, autodidactisme débile.

Quelques éléments discordants, ambivalence verbale, rires solitaires, tendance à la rêverie et à l'isolement, fatigabilité, mémoire imprécise, inattention, indifférence affective. Semi-conscience de la transformation de sa personnalité. Révolté inintimidable et malfaisant. Amoralité totale, inadaptation sociale : faisait partie d'une bande de combrioleurs. Menaces de mort graves à l'endroit de ses parents. Allégations de suicide, préparatifs bizarres pour se donner la mort, sans passage à l'exécution, fugues et impulsions, dipsomaniaques.

D^r GÉNIL-PERRIN.

Voici les renseignements biographiques que nous avons tirés du dossier de l'hôpital Henri Rousselle.

Père dipsomaniaque : aurait consulté à Sainte-Anne en 1924; la mère est une débile, souffrant depuis de longues années d'un ulcus duodéal. Une tante déséquilibrée, un grand-père très violent et déséquilibré lui aussi.

Dans son enfance, le malade était dur, volontaire, insociable, il pouvait cependant travailler sous une direction très énergique; a menacé plusieurs fois son père avec un couteau. Souffre d'une adénite tuberculeuse à 4 ans, de terreurs nocturnes, a eu la scarlatine sans séquelles à 13 ans; troubles de la croissance avec phosphaturie.

Scolarité régulière, certificat d'études primaires supérieures, a quitté l'école en juillet 1936. Travaille ensuite irrégulièrement, ne restant que quelques jours dans ses places. *A fait un peu tous les métiers*, toujours renvoyé à la suite de discussions; il sort rarement avec ses camarades de travail ou avec ses patrons.

Les examens biologiques pratiqués dans le sang et le L. C. R.

donnent des résultats normaux. L'examen somatique est entièrement négatif.

Grand garçon maigre et osseux, P... affecte une attitude pleine d'assurance, de confiance en soi et d'obséquiosité. Il répond volontiers à l'interrogatoire, éprouvant à chaque instant le besoin de préciser sa pensée et nous adressant après chaque examen, un volumineux courrier pour compléter ses déclarations.

Un élément fondamental chez ce malade paraît être de nature obsessionnelle, survenu très tôt, en particulier sur le plan sexuel, et hypochondriaque. C'est ainsi que P... allait dans les maisons de tolérance, en emportant un litre d'eau de Javel pour se nettoyer à son retour; il se passe jusqu'à 10 fois à l'eau de Javel pour « chasser les odeurs et même les petites poussières qui auraient pu se poser sur moi ». Il avait peur « de se salir » avec une petite amie. Il ne voulait pas que sa mère l'embrassât; lavages continuels des mains; « rites » psychasthéniques.

Préoccupations macabres obsédantes « je pensais tout le temps à la phrase de Flaubert: Quand je vois une femme nue, je pense à son squelette. » C'est surtout depuis un an qu'il a le goût de la mort. Depuis, qu'en compagnie de jeunes filles qui étaient très jolies, il a vu un squelette dans une fête foraine, les deux choses qui se heurtaient, sont restées indissolublement liées dans son esprit. Désormais ces deux idées s'éveillent l'une l'autre, d'une manière obsédante.

Depuis quatre mois : sentiment d'être anormal. Idée de suicide après déception de ne pas « arriver » dans la vie et de ne pas gagner d'argent; voudrait avoir de l'argent pour le plaisir d'avoir de l'argent.

Le caractère schizoïde (qui s'accroît de plus en plus) est d'apparition plus récente que le caractère obsédant. Les symptômes paranoïaques paraissent avant tout réactionnels.

Ces diverses composantes : obsessionnelle, schizoïde, paranoïaque, ajoutées aux éléments du déséquilibre mental classique : instabilité, insociabilité, théâtralisme de ses tentatives de suicide, bizarreries, éclatent dans les interrogatoires que nous reproduisons, ci-dessous, in extenso; dans la correspondance quotidienne qu'il adresse à tous les médecins du service, où se révèlent particulièrement son orgueil, son désir de perfection, son désir d'éclairer les médecins sur « son cas », la haine de ses parents et de la société.

L'écriture est appliquée, régulière, calligraphiée, sthénique. Le texte est abondamment souligné, paraphé, émaillé de maximes, de notes en marge; le style est grandiloquent et imprécis.

Interrogatoire du 3 janvier 1938. — J'abandonne l'occultisme pour m'occuper seulement de ma maladie et de ma famille.

Je m'occupe de ma maladie, je la décris, j'essaie de connaître ma volonté; comme citoyen j'ai eu une^e vie normale, mais comme malade psychopathe j'ai une vie anormale, et aussi par rapport à ma famille, mon père étant malade d'alcoolisme. Ma plus grande maladie c'est la myopie : c'est une infirmité... et aussi les idées sexuelles... la lubricité... le penchant à l'onanisme, depuis l'âge de 7 ans, en moyenne deux ou trois fois par jour.

Il y a aussi masturbation involontaire : la nuit je m'en aperçois au moment de l'éjaculation...

C'est une chose qui me tracasse assez... la moindre petite pensée, la moindre photographie d'une femme me met en érection. Je voudrais me suicider ou être castré.

D. — Etes-vous obsédé à ce point par cette question sexuelle?

R. — C'est l'obsession la plus fréquente, mais aussi le sentiment de persécution... la situation et l'influence de mes parents... en particulier de mon père.

Rumination de ces « idées mauvaises » ; « de ces soucis ».

Après m'être masturbé, je n'ai pas particulièrement de soulagement, mais une douleur à la poitrine et une nuit à dormir... j'ai moins de *sentiment de culpabilité* parce que je pense que c'est mon tempérament qui est responsable.

D. — A quel âge avez-vous connu des femmes?

R. — C'est en janvier-février 1937 que j'ai connu des femmes pour la première fois... je lisais des livres de médecine, et j'ai vu que l'homme pour être équilibré devait connaître des femmes... mais une force irrésistible m'empêchait de réussir; j'y avais pensé à 10 ou 12 ans... Crainte des maladies et aussi d'avoir un enfant...

Avant 1937 je n'avais jamais réussi à approcher une femme parce que mes parents étaient toujours là... malgré mon plus vif désir.

Tendances aux perversions sexuelles

N'était pas timide avec les femmes.

Mais *était dégoûté par la mentalité des femmes* d'où son myso-gynisme : « La femme est plus hypocrite que l'homme... leur « genre de vie... la prostitution... les maladies qu'elles ont... sur ce « point je suis impitoyable pour elles. »

Un camarade obligeant lui indique en 1937, une maison close où tout se passe normalement, y revient plusieurs fois dans la journée, jusqu'à trois fois par jour... mais n'a pu continuer, car ses moyens financiers ne le lui permettaient pas; de plus, il se livrait encore à la masturbation.

D. — Aviez-vous eu auparavant des désirs anormaux? Avec les animaux par exemple?

R. — Avec certains animaux... j'en ai eu le ferme désir mais je n'ai essayé qu'une seule fois avec une chienne... elle ne s'est

pas laissée faire... j'aurais volontiers été avec cette chienne si elle ne s'était pas sauvée. (Avait à ce moment 15 ou 16 ans.)

Ensuite aucune autre tentative de bestialité, mais « pensées tout à fait anormales » quand il voyait un chien, un cheval, un chat.

D. — Etiez-vous attiré par les enfants?

R. — Non, pas particulièrement... là-dessus je peux me raisonner, c'est tout à fait contraire à la morale... je n'ai aucune pensée pour cela.

D. — Et avec les hommes?

R. — Quand je suis privé de femmes je désire un homme.

D. — Avez-vous essayé?

R. — Certaines caresses (onanisme réciproque avec des camarades; n'a jamais pratiqué la sodomie: « ni avec les femmes ni avec les hommes »).

N'a jamais eu de rapports sexuels qu'avec des prostituées en maison.

D. — Pourquoi n'aimiez-vous pas de femmes libres?

R. — J'avais peur des souteneurs... ou d'une maladie... j'avais plus de sécurité avec les femmes de maison.

D. — Et avec une fiancée, une maîtresse?

R. — Je ne voulais pas aller jusqu'au mariage et je n'ai jamais eu d'occasion.

D. — Pourquoi ne voulez-vous pas vous marier?

Sentiment de son hérédité morbide

R. — A cause de mon hérédité : avec les vices de mon grand-père et les miens, mes enfants seraient des criminels, car je suis déséquilibré et *je serais devenu alcoolique comme mon père* si j'en avais eu l'occasion... mes vices et mes pêchés seraient retombés sur les enfants... je ne me serais pas entendu avec ma femme que pour l'acte sexuel et c'est tout... je suis trop déséquilibré pour me marier.

Tendances sadiques: « a rêvé » qu'il brutalisait ou faisait souffrir les femmes avec lesquelles il fait l'amour, mais n'est jamais passé à l'action.

D. — Vous figurez-vous être aussi malade que vous le dites?

R. — Certainement je suis lucide, mais je crains de devenir fou d'un moment à l'autre... dans un milieu normal comme à l'hôpital (*sic*) quand l'entourage n'a pas de gestes désordonnés, je me juge responsable de mes actes; avec des gens comme mon père, je suis violent, presque d'une façon inconsciente, *comme un ressort*... je continuerais à frapper d'une manière excessive. Ensuite je me repens.

Non seulement a conscience de son déséquilibre mais encore l'étale complaisamment, avec une désinvolture où il semble entrer autant de débilité que de tendances paranoïaques.

Ambivalence, tendances schizoïdes

Sentiment de dualité: « *lutte des contraires* » dans sa pensée. Tantôt pauvreté des idées, ne peut écrire puis brusquement surabondance; « je prends du papier et j'écris à toute vitesse; c'est très variable d'un jour à l'autre ».

Tantôt gaieté excessive, tantôt tristesse sans motif.

Actuellement « *hypocondrie de luxe* ». Etalage trop complaisant d'idée de suicide. Part obsessionnelle semblant plus réduite. *Discours et manifestations plus stéréotypés.*

Interrogatoire du 12 octobre 1937.

Q. — Rien ne vous intéresse?

R. — Parce que rien n'est intéressant, à mon point de vue, tout simplement.

Q. — Il y a des jeunes gens qui ne s'intéressent à rien, parce qu'on ne leur a pas appris de métier, parce qu'on n'a pas développé leur intelligence, parce qu'on les a laissés à l'abandon, est-ce cela?

R. — Non, ce n'est pas ça, Docteur, c'est parce que j'ai perdu un peu la mémoire, et ensuite pour quelques raisons plus ou moins personnelles.

Q. — J'aimerais connaître les raisons personnelles dont vous parlez?

R. — Ecoutez, Docteur, je n'ai pas l'habitude de me confesser en public... C'est la mésentente familiale, puis j'ai des idées tout à fait anormales, des idées macabres. Je voulais m'adonner totalement aux sciences occultes, c'est sans doute ce qui m'a renversé l'esprit.

Q. — Pourquoi voulez-vous vous adonner aux sciences occultes? Parce que vous avez été dirigé par quelqu'un?

R. — Non, comme je le disais, parce que j'y trouvais un plaisir assez grand.

Q. — C'était une curiosité?

R. — Non, mais enfin, j'éprouvais un plaisir à m'adonner à ces sciences.

Q. — De quelle façon faisiez-vous ça? Dans un milieu où d'autres gens le pratiquaient?

R. — Non, plutôt personnellement, par des livres d'abord, par certains livres, puis des expériences personnelles.

Q. — Et avec d'autres aussi?

R. — Non des expériences personnelles, comme certaines prières, plus ou moins inconnues, avec le surnaturel pour ainsi dire.

Q. — Est-ce que vous aviez l'impression de communiquer avec les morts?

R. — Non, malheureusement non, mais enfin je voulais acheter des livres, justement assez compliqués sur la magie qui permettent, — d'après les auteurs — maintenant est-ce vrai? de communiquer avec les morts?

J'aime avoir des idées tout à fait contraires aux autres hommes normaux, c'est ça.

Q. — Mais pourquoi êtes-vous le contraire des autres hommes, parce que vous avez une hérédité?

R. — Je m'en prenais à mes parents, je leur reprochais toujours de m'avoir fait naître, avec des idées tout à fait baroques.

Q. — D'autre part, vous vous rendiez compte que vous ne pouviez pas gagner votre vie?

R. — Je me rends compte que je suis incapable de travailler puis j'ai eu des idées de suicide, comme vous le savez.

Q. — Ça vous a hanté cette idée-là, très sérieusement?

R. — Le suicide? Oui! oh! ça fait longtemps; un an que j'avais combiné des plans pour me suicider, j'ai expliqué déjà au Docteur V... ce que c'était.

Q. — Vous vous êtes servi de l'expression que vous étiez un « être vicieux »?

R. — Non, je ne suis pas vicieux, je suis plutôt contre le vice, voilà mon expression.

Q. — Vous étiez dressé contre la Société à laquelle vous reprochez...

R. — Non, dressé contre ma famille particulièrement, pas contre la Société, mais contre ma famille en raison de l'hérédité qu'elle m'a laissée.

Q. — Qu'y a-t-il encore qui vous ait ennuyé, au point de vue sexuel, je crois?

R. — Oui, comme vous le savez par l'intermédiaire du Docteur V... j'ai un dégoût total des femmes... comme des hommes du reste pour être franc, aussi bien misanthrope que mysogyne.

Q. — Alors vous avez été révolté contre la Société?

R. — J'ai eu des idées oui, mais je n'ai jamais commis aucun acte pratique.

Q. — Et sur le plan politique, vous aviez des idées du même ordre de révolte, contre la Société?

R. — Sur le plan politique, j'étais très modéré; j'avais des idées de vertu, je voulais du bien à l'humanité, je voulais certainement faire le plus de bien possible, pour que tout le monde soit heureux, mais comme j'ai vu que ce n'était pas mon intérêt, je me suis dit : « Jetons-nous vers la Droite, enfin dans le clan tout à fait opposé. »

Q. — Faisiez-vous de la politique active? Étiez-vous militant?

R. — Non, pas du tout, parce que l'action et moi, pour ainsi dire.

Q. — Et comment étiez-vous à l'égard de votre famille?

R. — J'avais du ressentiment.

Q. — On dit que vous étiez affilié à une bande d'individus pas très recommandables?

R. — J'avais commencé à me lier à deux individus qui certainement eux, alors ont fait quelque chose contre la loi. Ils ont commis des cambriolages, mais je n'ai accepté absolument rien d'eux.

Q. — En somme votre activité n'a jamais été productive par le fait que vos efforts sont toujours restés insuffisants?

R. — Oui, moi, je vis « à néant ». C'est nul, archi-nul, il n'y a pas à chercher.

Q. — Mais vous jugez qu'en somme tout ça, ce n'est pas votre faute, c'est la faute de votre hérédité?

R. — C'est la faute à mon impuissance physique. J'ai peut-être une bonne santé, ça certainement, je dois avoir une bonne santé, mais j'ai une impuissance à faire quelque chose d'utile pour la Société, c'est très clair.

Q. — Et les menaces à l'égard de vos parents?

R. — Violentes colères, Docteur.

Q. — Mais il n'y avait pas d'actes non plus? Pas de violences?

R. — Des gestes, pas de coups, à part un coup de pied, mais c'est tellement rare que c'est insignifiant. Maintenant je vous dirais, Docteur, pour être franc, comme je l'ai d'ailleurs dit au Docteur V... que certainement mon père m'aurait touché, je l'aurais touché aussi, car je n'ai jamais eu l'habitude de me laisser faire, et ce n'est pas maintenant que j'aurais commencé.

Q. — En somme, vous êtes une victime?

R. — Victime de la malchance qui m'entoure, il n'y a pas à chercher. Je considère que c'est encore la mort qui paraît la chose la plus souhaitable. Ah! s'il y avait moyen par la psychologie ou la psychiatrie moderne de me sauver ce serait très bien.

Q. — Vous accepteriez un traitement?

R. — Naturellement, Docteur; maintenant, je vous dirais que comme courage, je n'en ai pas beaucoup. Si mon traitement était très difficile par exemple, s'il était très douloureux, j'aimerais mieux tout abandonner et sortir, je vous le dis franchement, je me sens incapable de résister à une souffrance physique, du reste, je trouve que j'en ai eu assez comme ça.

Q. — Cependant vous avez eu des satisfactions par le fait de la rêverie et de l'isolement?

R. — Ah! j'aime bien être isolé des autres hommes, c'est exact.

Q. — En somme vous avez beaucoup lu, beaucoup cherché à apprendre dans des domaines très différents, mais avec peu de persistance dans la même voie?

R. — C'est ça, je cherchais à connaître beaucoup de choses, mais sans les approfondir, et je sautais d'une chose à l'autre.

Commentaire : Le cas de P. est beaucoup plus complexe que les précédents; certes le déséquilibre mental ne fait pas de doute, et cette disposition est vraisemblablement héréditaire, puisqu'il existe des tares psychopathiques du côté paternel (dipsomanie) et maternel (déséquilibre mental); l'aspect un peu particulier est donné non pas tant par la présentation « paranoïaque », mais par les tendances obsédantes et schizoïdes. Nous avons noté que les dernières augmentaient de plus en plus. Les nouvelles que nous avons pu avoir, concernant le malade qui a été transféré en banlieue, nous ont confirmé la probabilité d'une évolution schizophrénique. P. en effet se cantonne de plus en plus dans une attitude hautaine et distante, préoccupé uniquement de ses obsessions et de rêves sexuels, perdant progressivement le contact avec l'ambiance, incapable à l'heure actuelle de la moindre occupation pratique.

OBSERVATION V

L. Karin, 21 ans, de nationalité suédoise. *Le 3 décembre 1937*, après une tentative de suicide dans un taxi a été conduite à Saint-Antoine et comme elle manifestait le désir de recommencer, a été amenée à l'Infirmierie Spéciale, où a été rédigé le certificat suivant:

« Déséquilibre psychique, dépression, tristesse, découragement partiellement légitime, tentative de suicide par section des veines du poignet gauche, dispositions paranoïaques et instables aggravées par les avatars d'une vie déjà agitée. Adolescente suédoise, intellectuelle cultivée, poétesse et journaliste, vaniteuse au maximum, déçue par les difficultés à trouver une situation et dans ses rapports sentimentaux avec les hommes. Mépris affiché pour son pays. Voyages en Espagne et en France pour des reportages, opinions extrêmes en politique; irritation contre les propositions masculines qu'elle repoussait après les avoir plus ou moins

consciemment encouragées par son attitude et ses fréquentations. Possibilité d'usage de stupéfiants; expulsion du département des Basses-Pyrénées où elle avait demandé de la cocaïne à un garçon de restaurant. Avoue avoir pris du gardénal à Paris (10 comprimés dit-elle, épisodiquement) puis dénégation ultérieure. Manque progressif de ressources, hôtel impayé; début de déchéance; travail nocturne comme entraîneuse dans un dancing « pour crouter » (*sic*). Dégout de la vie; tentative de suicide dans un taxi. A l'infirmerie, mobilité de l'humeur avec prédominance des manifestations paranoïaques : autoritarisme, exigences, refus, menaces de procès contre la « Sureté Nationale », mythomanie, fabulation calomnieuse, mauvaise foi dans ses récriminations; hurlements, violences contre le personnel, refus de retourner en Suède, menaces plusieurs fois exprimées de tentatives de suicide; après entente avec le Consulat Suédois, nécessité de rapatriement en Suède; impossibilité de remettre en liberté à Paris. Nécessité d'attendre les formalités de rapatriement dans un hôpital psychiatrique. Déjà « soignée pour les nerfs » en Suède.

Dr. HEUYER.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Père mort de grippe.

Collatéraux : 1 frère.

Personnels : Pneumonie (?) à 11 ans. Ensuite envoyée à Juan-les-Pins pour tuberculose pulmonaire.

Réglée à 12 ans.

Biographie : Née en Suède de parents suédois. Le père était journaliste, il est mort quand elle avait trois ans. La mère est directrice d'une importante firme de cinéma.

A l'école jusqu'à 16 ans (enseignement préparatoire puis secondaire) elle s'y montre *très indisciplinée, colères violentes*, elle *scandalise* déjà son entourage par des opinions extrémistes, alors qu'elle était dans « l'école la plus conservatrice de la ville ».

A 16 ans elle lit Freud, cela lui produit une « grosse impression. » et elle décide par une « impulsion intellectuelle » de coucher avec un homme.

« Je n'avais aucune raison sentimentale valable, c'était un camarade, je le connaissais à peine, c'était purement intellectuel. » Puis elle « tombe amoureuse » d'un poète, un bibliothécaire qui écrivait des vers; elle lui écrit une grande déclaration d'amour, il ne l'aime pas; elle est désespérée.

Première fugue

A 17 ans: Départ en Espagne avec sa mère; elles voyagent toutes les deux à travers l'Espagne, et pendant qu'elles sont installées dans un hôtel de Barcelone, brusquement elle s'en va avec 7 pese-

las dans son sac, seulement. N'explique pas cette *fugue* autrement que par « une *idée de suicide* ». « En sortant de l'hôtel, je m'assieds sur un banc, la mer était bleue, je pensais que ce serait très joli de mourir là... » Mais brusquement elle décide de vivre va au Mont de Piété porter une chaîne d'or, on lui donne 30 pesetas et elle va s'installer dans une pension.

Sa mère met tout en jeu pour la retrouver; policiers, journaux et même la radio.

Après 6 jours de recherche, elle est reprise et ramenée à sa mère avec qui elle a une grande explication. D'accord avec elle (?) notre malade décide de vivre désormais seule et indépendante.

Elle part à Madrid pendant 3 mois, vend des chemises, a de nombreuses aventures masculines, en particulier connaît un médecin qui veut l'emmener en Amérique du Sud. Faute d'argent elle n'y va pas, mène une vie misérable à Madrid, adresse des excuses à sa mère qui lui envoie de l'argent pour rentrer. Elle ne reste pas très longtemps au foyer familial et va vivre seule « dans un *taudis* », de sa plume.

Elle n'arrive qu'à faire des dettes et revient encore chez sa mère « pour passer mon bachot puisque mon frère qui est moins intelligent que moi l'avait fait ».

Elle aurait réussi à cet examen, puis vient en France suivre à la Sorbonne des cours de vacances pour étrangers.

En août 1936 : en étant chez sa mère, elle a une « crise effroyable »; elle cassait tout chez elle; « *il y a des choses comme cela qui éclatent tout d'un coup, ce sont des choses que l'on accumule trop longtemps* ». Elle a été voir un spécialiste, pour savoir si elle était folle, ce médecin l'a rassurée.

Elle se sépare alors définitivement de sa mère; loue un appartement, mène une « vie bourgeoise », découvre le plaisir de « faire la cuisine » en même temps elle étudie l'économie politique à l'Université.

En mars et avril 1937 : Premier séjour en Espagne « gouvernementale » où elle était partie avec la mission sanitaire suédoise. Revient en Suède parce que le temps de séjour accordé par son passeport était achevé. Elle publie 5 ou 6 articles dans un journal suédois sur son voyage.

En septembre 1937 : Deuxième voyage en Espagne.

Partie de Suède en septembre, pour faire une enquête sur « l'Espagne Blanche »; elle apprend en route l'affaire Troncoso et décide de s'arrêter d'abord sur la côte basque française.

Séjour à Biarritz en septembre et en octobre : elle n'arrive pas à passer en Espagne, on lui fait des difficultés « à cause de ses opinions bien connues ». Elle fréquente des gens suspects. Enfin elle est refoulée du département des Basses-Pyrénées pour « avoir

demandé de la cocaïne dans un café ». De plus le Service des Renseignements (II^e Bureau) était intrigué par ses allées et venues à la frontière (la malade a toujours nié s'être occupée d'espionnage). Prétend n'avoir fait cela « que par curiosité », et pour voir si on lui donnerait de la drogue. Affirme n'avoir jamais pris de stupéfiants : « Je n'ai pas besoin de cela, j'ai assez d'imagination en moi-même. »

Vie à Paris, les derniers jours avant l'internement. Elle arrive ainsi à Paris où elle dépense ses derniers sous. N'ayant plus d'argent elle s'engage comme « entraîneuse dans un dancing ».

Travail de nuit qui la fatigue beaucoup; elle mange peu et boit « pour faire boire les clients ». Cependant ce travail ne lui rapporte guère, elle ne peut plus payer son hôtel, l'argent « lui coule ». C'est pourquoi elle pense à la mort. « Je n'avais pas le sou et le monde est si vilain ». Elle demande à un chauffeur de taxi de lui prêter son couteau, se fait une légère entaille au poignet; elle est amenée à l'Infirmierie Spéciale.

Présentation : Arrive en pleurant et en protestant contre son envoi ici. On ne lui donne pas tout ce qu'elle demande, etc... Attitude de petite fille boudeuse et capricieuse. Coquetterie « toute professionnelle », aime qu'on s'occupe d'elle. « Je n'ai pas d'ordre à recevoir de vous, vous êtes trop jeune. »

Mythomanie : puis se calme et nous raconte son *histoire où il est difficile de démêler le vrai du faux*. Elle reconnaît elle-même qu'elle est une « bluffeuse » et qu'elle raconte des « blagues » parce que « cela fait bien ».

D'ailleurs elle est « très imaginative » : « Quand j'étais petite fille je me racontais toujours de belles histoires; j'ai une faculté énorme pour avoir des « hallucinations », je voyais un jeune homme qui m'envoyait des baisers ensuite la Vierge avec le Christ et beaucoup de couleurs. »

Conduite familiale et sociale : elle aime beaucoup sa mère, dit-elle, « c'est une femme admirable »; mais elle ne s'entend pas avec elle (cf. les nombreuses fugues).

Elle est « révoltée » contre la société, elle est « de gauche » pas marxiste, plus que cela, pas de système politique très défini, elle aime sentimentalement l'Espagne, mais déteste son pays la Suède, où les gens sont « bourgeois ». « Si je suis là-bas, je mourrai lentement, l'ambiance est intenable. Il n'y a pas de véritable intellectualisme, les gens se saoulent. Je connais tous les professeurs, ils m'ennuient, ils pensent trop lentement, ils ne savent que faire des calembours. » « J'ai besoin de voir beaucoup de visages, je veux explorer les gens, *voir du monde*, avoir quelques vrais amis. »

Interrogée sur sa *vie sentimentale* : elle dit qu'elle n'a « pas

besoin d'une ambiance sentimentale », « des camarades lui suffisent ». Ne se serait jamais livrée à la prostitution, même déguisée, n'a jamais reçu, dit-elle de l'argent de ses amis. (Ce que l'enquête sociale a d'ailleurs démontré être faux.)

Le 9 décembre 1937 : Attitude dans le Service depuis son entrée.

Plus calme et plus aimable qu'au début.

Par instants encore : exigences, réclamations, attitudes boudeuses.

A reçu un télégramme de sa mère qui se dit prête à venir la voir. Elle ne le désire pas. Refuse de revenir en Suède « c'est trop bourgeois ».

Ecrit beaucoup : lettres à des amis, contes « poétiques » au style bizarre, auto-biographie — et enfin nous adresse de nombreuses lettres soit de réclamations, soit de « confessions », sur sa vie et ses sentiments (documents au dossier).

Renseignement d'une amie de la mère : Confirment les dires de la malade sur la vie en Suède et en Espagne. Sa mère a une bonne situation. Le récit des nombreuses fugues est exact.

La mère est une femme normale, bien équilibrée qui serait séparée de son mari (la maladie dit que son père est mort). D'autre part elle ne connaît pas l'existence d'un frère.

Renseignements d'une amie qui a habité à côté d'elle à Paris dans le même hôtel. Elle buvait beaucoup surtout du champagne (en Suède elle ne buvait pas).

D'autre part, elle suppose qu'elle prenait de la *cocaïne* (réticences, à ce sujet, de cette femme qui craint d'être « compromise »). Enfin la malade aurait une affection gynécologique et sans doute aussi la syphilis (un de ses amis aurait été contaminé) (?).

17 décembre 1937. Critique purement intellectuelle de son état. Sentiment de sa déchéance; amoralisme, conscience de son avilissement. Tendances aux manifestations hystériformes, a fait une crise « atypique » dans le service à la suite d'une contrariété.

Examen physique : léger tremblement, yeux un peu saillants, cou légèrement augmenté de volume, pouls à 80-90, en résumé syndrome basedowien très léger, métrite gonococcique.

Les réactions biologiques sont négatives dans le sang, les réactions vaso-motrices, variables mais promptes.

Nous donnons à titre d'exemple des extraits de la correspondance adressée presque chaque jour à l'interne du service, on remarque les nombreuses réminiscences d'auteurs contemporains qui émaillent ces pages à prétentions littéraires et « modernes ».

Correspondance

Lettre n° 1

Cher Docteur,

Je regrette beaucoup ne pouvoir pas satisfaire le désir par vous exprimé, j'ai trop honte : je sais que je suis très, beaucoup trop vaniteuse, je suis hystérique exhibitionniste (deux n ou un?) narcissiste et un cas assez fréquent, voilà tout.

Peut-être vous écrirai-je plus tard quand je serai plus calme, et que je pourrai alors mieux écouter et voir, un beau conte si cela ne vous ennuie pas. (Je m'excuse, j'écris si mal le français parce que je suis un peu agitée. Autrement je connais au moins l'orthographe.)

C'est huit heures, on éteint les lumières et je dois écrire au crayon de couleur, je sais que le crayon emprunté doit rentrer au service, je crois, oto-laringolo... (mal écrit je suppose Docteur; vous allez réveiller en moi le petit diable auto-critique qui m'a tant torturé dans les années passées, je n'en veux pas!) Je m'excuse si ceci devient une lettre au lieu d'un compte rendu; je suis une bavardeuse affreuse et qui ne dit jamais rien d'essentiel parce que ça se garde, mais ne s'écrit pas, littérature à part, les métaphores sont de beaux papillons pour un mendiant de chaleur humaine, mais qui cachent quand même.

Bientôt mon compte viendra si mon crayon suffit; j'ai mon cœur qui m'opprime et un grand calme dans les membres.

Je ne peux pas vous donner tout le conte parce que il est tissu avec de belles assonances verbales hasardeuses, en suédois, rarement en espagnol, ce sont les étoiles tombantes indicatrices d'une nouvelle route à prendre.

Ah! comme c'est beau les étoiles, j'en ai toute une pluie sur mon cœur maintenant, tel un printemps « initiant » de la terre nue d'où fond la neige. Oh! grand Sauveur, c'est toi qui donnera des fleurs chantant le soleil ou les maladives anémones d'eau...

Je suis si heureuse parce qu'on a eu une gentillesse comme ça avec moi, un peu d'humanité que j'ai failli pleurer; il n'est pas drôle de devoir toujours « impressionner » les gens, de les bluffer, pour obtenir des choses : moi j'aime ma mère parce qu'elle s'est toujours ingéniée à me faire des surprises agréables! Oh! elle est si gentille! Quand j'étais malade, et je l'étais très souvent quand j'étais petite, elle rentrait tous les jours du travail avec quelque chose pour moi, des fruits, des bonbons, des pastels pour peindre, et jamais la même chose; c'est ce que j'aime bien, parce que les gentillesse systématiques m'attristent, parce qu'elles ne viennent pas du cœur.

Je suis blessée pour un rien parce que j'écoute toujours les nuances des voix, c'est parce qu'on m'a toujours trouvée un peu à part, un peu ridicule quand j'étais petite que je veux toujours m'imposer en bluffant maintenant; les insultes les plus grossières me laissent parfaitement tranquille, mais un manque de cœur dans une petite phrase, une petite ironie me fait bondir en dehors de moi, parfois pour des jours. J'ai peur d'être espionnée, qu'on lise mes lettres en cachette, et qu'on me discute moi absente « visant mon moi » cela me révolte. Quand j'avais 8 ans jusqu'à 15 ans j'étais trop grassouillette (cela m'arrive aussi maintenant mais ce n'est plus aussi grave), mon frère et nos camarades de jeu me taquinaient constamment, de sorte que j'étais forcée à me venger sur eux en lisant beaucoup. En effet j'ai beaucoup lu jusqu'à l'âge de 16 ans, et très peu retenu, je suis assez superficielle et très dilettante en tout ce que je fais. J'aime apprendre beaucoup, mais que ça soit travail facile et maintenant je ne prends rien en sérieux, et je lis assez peu, parce que je n'ai plus pourquoi vouloir me venger.

Ah! je suis triste; je ne veux pas, je ne veux pas, je ne veux pas, je veux être aimée, je ne veux plus jouer le rôle de la femme expérience; je veux être aimée.

Lettre n° 2

Exposé de ma vie : Karin L., née le 13-4-1916 en Suède; père journaliste mort en 1919; mère depuis 1921, Directrice de la M... en Suède. Souvent malade entre l'âge de 6 et 13 ans, tuberculeuse (?), alitée entre quelques semaines et quelques mois chaque hiver. Entrée à l'école maternelle à 5 ans, à l'école primaire à 6 ans, à l'école secondaire à 9 ans, au lycée à 15 ans. Difficulté à cause *du manque de discipline*; l'enseignement souvent facilement acquis. Sortie du lycée après Noël 1932 (à 16 ans) pour accompagner mère aux Canaries. Repéré Cours Supérieur pour bachot, automne 1932, bon examen en décembre 1935. Entrée Université Stockholm janvier 1936 : sciences politiques, économie politique, statistique et sociologie. Etudes interrompues vers 1937 pour aller en Espagne. 2 mois de civilisation française à la Sorbonne en 1935. Dactylographie à Barcelone, en 1933.

Voyages : 4 mois Juan-les-Pins 1927, avec mère, grand'mère, frère; 3 mois à Meiningen, en Thuringe, 1931 avec mon frère. 11 mois d'Espagne, 1933, dont 3 avec mère aux Canaries et en voyage à travers le pays; le reste, seule à Barcelone (6 mois et demi) et Madrid, 1 mois à Copenhague, 4 mois à Paris 1935, 2 mois en Espagne (côté Valencia) en 1937.

Occupations d'ordre professionnel : Poèmes publiés dans des journaux et revues suédois à partir de 1932. Quelques-uns publiés

en traduction en journaux finnois, tchèques et suisses; tome de poésies cet automne.

Traduction de nouvelles, de poèmes, etc... publiés en presse suédoise (travaille actuellement Montherlant « Service Inutile »; ferai probablement son « Bestiaires »). Placeuse en chemises à Barcelone en 1933 pendant 3 ou 4 mois. Interprète-secrétaire de l'Hôpital Suédo-Norvégien en Espagne en 1937. Journaliste (*Afton-bladt*), Vasco-Journalen, Filmjournalen en 1937. J'ai collaboré à plusieurs journaux avec des articles dès l'âge de 16 ans.) Professeur d'Espagnol 1 mois à Madrid, 1933.

Goûts : poésie, musique (enseignement piano 7 ans, je joue très mal), prose, littérature, fleurs, campagne, (prairies et mer), peinture, natation* (championne 50 m. libre Paris et Région F.S.G.T. 1934-1935), orientalisme, le fils 3 ans, très beau, très intelligent, de mon unique amie, les enfants en général.

Compagnie de prédilection : Des hommes (rarement des femmes, elles m'ennuient en général) qui ont déjà fait, donné quelque chose dans la vie; poètes, gens des professions libérales, des gens dont la conversation donne quelque chose parce que leur érudition ou connaissance de métier est complétée par l'expérience de la pratique du métier et de la vie. Les politiciens me font horreur.

Je considère la politique comme un moyen malheureusement indispensable pour obtenir une société où tout le monde puisse s'adonner à ce qui lui plait, soit philosophie ou cuisine, et où chacun, si cela lui plait, pourra s'offrir le luxe des livres, des fleurs, des habitations aérées et ensoleillées, des parfums et les autres inutilités qui forment le charme de la vie. Les manteaux en zibeline, les salles de jeu, les robes de 2.000 francs, etc... sont assez superflus.

Vœux (sans limites, genre « désirer la lune ») : avoir un travail littéraire qui me nourrisse, être mariée à un homme intellectuel très laborieux, très intelligent, comprenant la littérature (en récompense, j'essaierais de comprendre son métier et que ce fussent les mathématiques); haut, noir, beau, mains sensibles, bon sportif, fort de volonté et bon d'un bon cœur, pouvoir l'aimer toujours, avoir 2 ou peut-être 3 enfants, vivre bien et sans dettes, avoir les mêmes intérêts, habiter dans n'importe quel pays latin, pouvoir aller en Espagne tous les ans, pouvoir visiter l'Orient, avoir ma mère et grand'mère dans le même pays.

Être toujours calme, ne jamais faire d'excentricités, être très aimée et que ce fût par deux seules personnes mon mari et ma mère. *Pouvoir sortir de ce manque de concentration qui me fait dilettante* en tout, et apprendre beaucoup. Pouvoir faire ma thèse sur la Constitution espagnole de 1931.

« *Revendications immédiates* » : 1° Recevoir le paquet avec mes

choses pour lesquelles j'ai écrit samedi. 2° Que vous me causiez tous les jours. 3° Être transférée au service des malades debout (à condition que ce soit vous le médecin de ce service). 4° Rester ici jusqu'à ce que j'ai du travail. 5° Avoir un travail quelconque qui me nourrisse sans que je sois forcée à contracter de nouvelles dettes et pouvoir peut-être payer les anciennes de mon salaire. 6° Rester à Paris ou aller en Espagne, ou travailler ici en province; surtout ne pas être rapatriée. Me rapatrier, c'est signer ma condamnation à mort.

Lettre n° 3

Je cours très vite et très gaie, devenue un tout petit enfant nu et libre! Je cours par un carreau de notre fenêtre, je continue par les airs et j'entre dans la fenêtre illuminée de la maison en face.

Mais soudain apparaît Mon Homme, fantôme de la fenêtre, je suis autrefois... Mon homme est un grand monstre bleuâtre ressemblant à un homme, mais sans traits distincts. Je n'ai jamais pu saisir son regard malgré que je le sens très fortement, et pourtant il s'est montré au moins huit ou neuf fois à moi toujours à la veille des grands changements pour moi.

Je l'ai vu, il y a peut-être une semaine avant mon internement, il me regarde toujours sérieusement d'un reproche implacable. Il venait toujours accompagné d'un chat noir. Or ce chat, je l'avais tué l'hiver passé dans mon appartement à Stockholm, avec un couleau d'acier.

Mais maintenant Mon Homme a un autre chat noir à gueule blanche qui me grimace terriblement. Et je te dis prends garde au Kimono japonais, car un de ces oiseaux au long bec te blessera la narine gauche! Il y a une abeille (de celles qui piquent) qui repose sur une fleur brune, d'une étoffe de satin jaune. Or, cette cotonnade Golem (car mon Homme ressemble au Golem tel qu'il a été conçu dans le film tchéco-français) veut le jeter sur ma tête, ce qui serait un danger de mort. Mais je m'échappe en étant lentement attirée vers le plafond comme une âme se rendant au jugement suprême. Mon corps nu est devenu maigre, (comme celui de la malade qu'on nourrit par le nez), de la couleur des étranglés, mon visage glabre porte l'expression mystérieuse d'un fantôme (!) les yeux mi-morts tournés vers le ciel. Le ciel c'est l'ouverture du plafond où l'on voit la lumière du soleil.

Soudain juste comme mes doigts s'accrochent au bord de l'ouverture elle se ferme par une lourde pierre (celles des châteaux médiévaux) alors je la rejette par effort surhumain, *spirituel*, et je passe en haut, laissant retomber la pierre sur moi. Je respire, c'est

une chambre comme celle où l'on emmagasine le foin, très rustique, la porte ouverte laissant entrer le soleil, le plancher couvert d'une jeune herbe de printemps, ô Joie!

Un chevalier moyenâgeux, en vêtements de chasse, s'agenouille, devant moi. Il est sorti d'une grande perle orientale aux reflets verts, jetée jadis dans le petit lac loir et très profond de la forêt sur lequel flottent des lotus blancs : le lac, c'est l'œil de mon âme.

Le Chevalier est courtois, il porte des plantes vertes accrochées à sa ceinture, comme il sort du lac. Mais ses yeux bruns de gazelle ont quelque chose d'inconstant, de fuyant. Et c'est que tout ce qui a senti ou vu ce lac noir au milieu de la nuit, empruntera de son manque de calme, de sa nostalgie inexplicable.

Je suis devenue une jeune blonde, longue robe verte, vierge moyenâgeuse. Je suis assise sur le sol d'une façon plutôt ingracieuse, je mange un sandwich au pâté, au champagne, spécialité de chez Périgorel, rue des Ecoles et avec ça je prends un verre de champagne bien sec et bien froid. (À côté de moi il y a des mandarines... Soudain un bruit de foudre, le toit se casse, et de la boîte de Pandore, au coin que je n'avais pas vu tout l'heure, s'envolent des reines d'abeilles vers le soleil, plus parées et plus présomptueuses que vraiment belles. Ce sont les « poules » des cafés des Champ-Élysées. Et c'est dommage que je ne sois pas celle qu'on a crue...

(Dimanche à la lumière de la veilleuse).

J'ai vu mon étoile à moi, depuis ma onzième année, scintiller tout à l'heure. Mais maintenant elle s'est refermée sur soi-même. Elle doit être mécontente de moi. Quand elle est bonne avec moi elle s'ouvre à moi et devient une fleur très grande, fleur rouge d'un ton chaud (c'est le cœur lui-même), et très sensitive qui se clos sur moi. Alors je plonge dans ce rouge profond, profond, profond, c'est le bonheur suprême. C'est l'épanouissement des sens, c'est la jouissance suprême qui éclate.

Mais ceci arrive très rarement. Maintenant j'ai eu comme un reflet de cette sensation. Mon cœur est heureux et moi fatiguée.

Je vais dormir.

Dans d'autres lettres elle nous confie : il est si commode d'être malade, pas de problèmes ou presque « ailleurs ». Le public m'excite... mais ne croyez pas que je suis comédienne cent pour cent! *C'est bien moi qui déclanche le mécanisme, mais lui une fois déclanché et en pleine marche je ne suis plus responsable de mes actes et souvent je ne sais pas ce que je fais, car je ne reconnais pas mes mots et mes actes quand on me les rappelle.*

Le monde de l'imagination est plus commode que le véritable; je l'ai toujours trouvé et je m'y suis toujours réfugiée, je le trouve

beaucoup plus beau et les folies des autres m'incitent davantage à y aller (*sic*). Quand j'ai fait une « performance de singerie » (ses crises hystériformes et ses tentatives de fugue ou de suicide), je suis inondée de joie, inondée de félicité, en partie c'est explicable, on s'occupe de moi, je peux me laisser aller. Je suis une vagabonde sentimentale. »

Son esprit faux éclate dans les lignes suivantes : « ...Mon suicide aurait été la meilleure solution de mes difficultés personnelles et la meilleure méthode d'éliminer du monde (=ma mère, ma famille, et un tas de personnes) une personne trop truculente, trop encombrante, *trop difficilement encadrée*. »

Et j'étais arrivée à ce résultat par un raisonnement intellectuel, que j'avais objectivement raison (c'est-à-dire que mon aperçu et ma conclusion étaient scientifiques). Je maintiens encore aujourd'hui que j'ai la tête claire, ce point de vue, c'est essentiel, j'ai été amenée sous la pression du milieu, ici, du désir d'être intéressante en faisant la folle, à faire des déclarations selon lesquelles les motifs principaux de mon acte auraient été le désespoir, devant une situation monétaire précaire, le dégoût momentané du milieu que j'étais forcée de fréquenter, enfin mon état d'ivresse la nuit du fait.

Certes ces faits ont été importants, au moins les deux premiers. Car j'ai été bien ivre, les autres nuits; j'avais bien été sans le sou d'ailleurs aussi.

Mais les motifs principaux étaient d'ordre purement intellectuel. Je savais que je suis une *dilettante née*, que j'ai beaucoup de petits talents, et aucun grand, sauf la poésie (là je n'admets pas qu'on m'attaque, tout le reste mais pas là) dont on ne se nourrit pas, que je suis trop *instable et surtout trop présomptueuse*, donc m'estimant trop moi-même et n'estimant à vrai dire personne, pour pouvoir rester avec un même homme si merveilleux qu'il fût, que je ne saurais plus maintenir ce masque de défense, de défi, de dureté, d'orgueil, qu'il s'écroulerait et je serais alors sans défense dans ce terrible monde; que je ne pourrais pas continuer à vivre me haïssant, m'écœurant moi-même, car je savais que le moment viendrait trop prochainement, où le remords, les reproches, surtout les sensations de honte, d'humiliation, de dégradation que j'ai toujours eues depuis mon enfance, reviendraient...

Bref, je m'étais depuis longtemps déjà, rendu compte que je n'étais bonne à rien, que le monde est laid et menteur, que tout s'y vend, que tout ce qu'il y a de pur est souillé, en conséquence je décidais de ne plus tourmenter mon entourage et moi-même. C'était le plus logique et le plus pratique, seulement je n'ai pas eu assez de courage physique, c'est honteux!

Commentaires : Il ressort nettement des déclarations et des lettres que la jeune Karin. L... présente un déséquilibre émotif et affectif indubitable, avec une instabilité précoce et considérable (fugues, voyages); l'éducation désordonnée, la transplantation dans un pays étranger ont vraisemblablement aggravé les dispositions au déséquilibre pré-existantes.

Le pseudo-intellectualisme joint à la mythomanie et à l'abus des toxiques compose un tableau un peu particulier. Il ne semble pas que cette malade doive s'engager dans une psychose déterminée; tout au plus pourrait-on trouver dans son histoire un élément cyclothymique. C'est très calme, dans d'excellentes dispositions qu'elle a été transférée en Suède.

OBSERVATION VI

(1) Blay - Yankel, 17 ans

Et un robuste gaillard de 17 ans, israélite polonais qui nous a été envoyé par l'Infirmier, le 8 avril 1938 avec le certificat suivant :

Déséquilibre physique, troubles du caractère, instabilité, perversions et impulsivité, vagabondage, fugues à travers l'Europe : Pologne, Hongrie, Yougoslavie, Belgique, l'Algérie et la Tunisie; de France rapatriement en Pologne. Retour en France. Mythomanie, faux états-civils, récits inventés de voyage en Chine et au Tonkin, fable en marche, arrestations multiples; maisons d'éducation surveillée : Aniane, Fresnes, sanctions disciplinaires au cours de l'incarcération, réactions violentes, impulsives, élastiques et brutales; une tentative de suicide sans état dépressif : bris de carreaux, entaille au poignet gauche; voies de faits à répétition contre ses camarades et les gardiens, souvent sans motif. Long certificat de Mlle le docteur Badonnel, relatant les troubles de l'humeur et du caractère pendant le séjour en maison d'Education Surveillée. Renseignements obtenus directement de Fresnes : réactions impulsives inattendues, violentes qui succèdent à des périodes de calme. Pas

(1) Nous remercions bien vivement Mlle Badonnel qui nous a communiqué ses notes sur ce malade.

d'antécédents d'épilepsie, mais type épileptique des réactions, d'après des descriptions qui ont été faites. Sujet particulièrement dangereux du fait de son impulsivité et de sa force musculaire. A diriger sur la section Henri Colin, avec rapatriement ultérieur par voie administrative sur son pays d'origine; à tous les points de vue indésirable.

Signé : Dr HEUYER.

Le jeune Blay se présente poliment, il répond bien aux questions, mais se montre adroit dans la discussion et assez réticent quant aux détails de sa vie mouvementée. Le facies est lourd, peu expressif, les yeux petits et enfoncés. La mâchoire forte, dégage une impression de force brutale et de sournoiserie. L'aspect général un peu bouffi, mongolien; il n'a pas d'antécédents personnels ou héréditaires notables; dans les notes qui nous ont été remises par l'autorité administrative, on signale qu'il aurait eu des convulsions infantiles. Cela n'est pas prouvé et nous ne savons rien de précis à ce sujet.

Le milieu familial est franchement mauvais, misérable; le père alcoolique vivait depuis longtemps séparé de la mère. Il est mort depuis 6 ou 7 ans. Les frères et sœurs ne paraissent pas atteints de troubles mentaux. Le malade prétend avoir fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 12 ans et n'avoir donné lieu jusqu'à cet âge à aucun reproche de la part des autorités polonaises.

Le premier acte anormal est un voyage à pied de Pologne jusqu'à Berlin. Là il trouve moyen de se glisser sous la banquette d'un wagon de chemin de fer qui l'amène à Paris.

Il est immédiatement arrêté pour vagabondage. Il est confié à Paris à un coreligionnaire, commerçant en primeurs aux Halles, chez qui il reste un an; il y travaille assez bien, mais il ne s'y plait pas et il n'a qu'une idée : voyager. Il forme le projet de regagner la Palestine, en s'embarquant à Trieste; la décision est subite, non motivée. Il part avec 50 francs en poche; voyageant en fraude, se fassimulant adroitement à la vue des contrôleurs et des agents de douanes, il parvient à Trieste; réussit même à s'embarquer clandestinement sur un bateau partant pour le pays de ses rêves, mais il est découvert et arrêté en route. On le débarque à Brindisi... Les autorités italiennes le jugeant indésirable, l'expulsent en Autriche. Vivant aux crochets des colonies israélites des pays qu'il traverse, l'enfant arrive (toujours en enfreignant les règlements de police des chemins de fer!), à Vienne, y reste deux jours; poussé par son besoin de changement il gagne Bratislava, où il ne fait rien de bon, passe à Budapest, quitte cette ville au bout de 24 heures pour Belgrade; là il réfléchit que la France est un pays hospitalier qu'il a

eu tort de quitter. Il réussit à se glisser dans l'Orient-Express et échappant à tout contrôle ferroviaire et douanier arrive à Belfort. Il est arrêté dans cette ville et dirigé sur une colonie pénitentiaire, d'où il s'échappe rapidement pour reprendre sa vie errante.

Départ toujours en fraude, pour Anvers; il a 20 francs pour toute fortune. A Anvers il s'embarque clandestinement sur un cargo allemand, découvert en cours de route; il doit travailler sur le navire jusqu'à Port-Saïd, et paye ainsi en travail le prix de son passage. Désireux à nouveau de revenir en France, son port d'attache, il utilise, toujours clandestinement, un paquebot italien revenant d'Erythrée, gagne la Tunisie, puis l'Algérie, vivant des subsides que lui octroient les comités d'entr'aide israélites.

S'embarque en fraude, sur un paquebot en partance pour Marseille; arrêté pour vagabondage dans cette ville, on le confie à un patronage pour l'enfance en danger moral. Il s'évade au bout de 24 heures; on le reprend bientôt à Aix-en-Provence où il est inculpé d'infraction à la police des chemins de fer. Ramené au patronage de Marseille, il s'en évade encore, a le désir de « revoir sa mère » en Pologne. Mais il est arrêté à Bellegarde, jugé à Nantua et condamné à 3 mois et demi de prison. En raison de son jeune âge on le place dans une maison d'Education Surveillée. Il s'y montre violent, indocile, batailleur, en discussions continuelles avec les autres pupilles, a des colères violentes au cours desquelles, il casse tout; on l'envoie à la colonie pénitentiaire d'Aniane, il y travaille comme forgeron-ferblantier.

Il prend une part active à la révolte qui a défrayé la chronique pendant quelque temps; s'il n'a pas été parmi les meneurs, il a été l'un des exécutants les plus violents et il récolte 90 jours de cellule à la suite de cette incartade; les notes administratives le signalent comme « indiscipliné, violent, immoral, menaçant souvent de mort ses camarades et les gardiens; il aurait été puni pour tentatives de pédérastie.

Une autre note précise : sujet renfermé, sournois, paresseux, batailleur; nous n'avons pas lieu de douter de ces renseignements bien que l'intéressé nie avec vigueur tout ce qui lui est reproché. Enfin en juillet 1937, on décide de le rapatrier à Varsovie. Il n'y aurait pas retrouvé sa mère; il prétend que l'antisémitisme régnant en Pologne l'a empêché de trouver du travail. Il décide donc de revenir à Paris et pour la première fois prend un billet de chemin de fer régulier! Mais n'ayant pas de passeport il est arrêté à la frontière. « Il se débrouille » et arrive à Paris, on ne sait pas trop comment. La Police Judiciaire où il s'adresse naïvement l'envoie à la colonie des pupilles de Fresne.

Là son caractère violent l'entraîne continuellement à se révolter

contre la discipline pénitentiaire. Il pousse ses camarades à en faire autant, prend la tête de complots; se vante d' « avoir été dans le coup » lors de la révolte d'Aniane.

Il affiche ses opinions extrémistes; se bat avec ses co-détenus, le personnel administratif, a une conduite si anormale qu'on le soumet à une expertise mentale qui conclut au placement à la section des aliénés difficiles de Villejuif. Le certificat d'internement fait état surtout de troubles du caractère, de l'impulsivité, de l'instabilité, de la tendance aux fugues perpétuelles, des réactions violentes classiques et brutales. A Fresnes, une tentative de suicide paraît avoir été accomplie dans un but d'utilisation mythomaniacque.

Bien qu'il n'ait jamais présenté d'accidents comitiaux on a parlé d'épileptoidie; son caractère sournois, hypocrite « visqueux », sa politesse outrée, sa malignité foncière, font certes penser au caractère habituel des comitiaux; ses impulsions violentes, incoercibles, se rapprochent évidemment des impulsions de l'épilepsie, mais nous ne pouvons affirmer sûrement une telle étiologie.

Pendant son séjour à la Clinique, sa conduite n'a donné lieu à aucun reproche; il est calme, docile, discipliné, acceptant volontiers de travailler dans le service à de menus soins de ménage; son obséquiosité visqueuse ne doit pas faire croire à son amendabilité, son impulsivité dangereuse, réfrénée partiellement, n'en existe pas moins, comme l'ont montré certaines manifestations à l'égard de camarades de salle.

Des tendances mythomaniacques évidentes complètent ce tableau. Il a raconté des histoires de voyages en Chine et au Tonkin, qu'il a rétractées ensuite sans le moindre embarras. Il ajoute à la série de ses exploits réels, des exploits imaginaires. Il accepte difficilement la contradiction, nie l'évidence avec désinvolture.

Il ne voit quant à lui rien de répréhensible, dans sa conduite, rejetant toutes les responsabilités sur l'ordre social et ses représentants.

Il affirme sans vergogne qu'il est le meilleur et le plus doux des garçons. En somme, il ne veut pas convenir que son inadaptation sociale tient à certains désordres de sa conduite.

Il nie avec véhémence les pratiques homo-sexuelles qui lui sont reprochées.

Il n'est pas débile; ses connaissances scolaires sont incomplètes, mais variées. Il soutient qu'il a obtenu son certificat d'études à Aniane, mais le dossier administratif ne fait pas mention de ce diplôme.

Il ne s'agit pas d'un délirant, et sa perversité morale ne s'exerce guère dans d'autres domaines que les fraudes

multiples à la police des chemins de fer. Il n'a jamais subi de condamnations pour d'autres motifs.

Son affectivité est des plus réduites; il méprise sa famille et ne tient pas du tout à revoir sa mère et ses frères.

Le diagnostic de folie morale à propos de ce cas ne s'appuie pas sur des données bien distinctes et bien caractéristiques. Nous avons signalé l'allure épileptoïde de son comportement habituel et des paroxysmes coléreux.

Il faut noter chez Blay une adaptation relative à certaines circonstances particulières : il est ingénieux, débrouillard, se tire d'affaire avec malice et astuce. Mais du point de vue social c'est un sujet complètement *inadapté*.

On ne peut le taxer de perversité : il n'a pas l'*obstination* dans le mal, le « délire des actes », le cynisme de ces malades constitutionnels ; il est capable de garder un calme relatif, de paraître normal pendant d'assez longues périodes.

OBSERVATION VII

B... Walter, 44 ans, est né à Berlin.

Son père était commerçant dans cette ville; sa mère étant morte très jeune d'un cancer utérin, il est élevé par une sœur plus âgée qui est encore en Allemagne où elle vit normalement. Il fait ses études secondaires, puis se spécialise dans le commerce; sa secrète ambition est de devenir artiste...

« Mais mon père n'avait pas assez d'argent et moi pas assez de volonté »; désireux de concilier ses goûts artistiques et sa carrière, il devient dessinateur de mode. Il travaille ainsi jusqu'à la guerre. Il est mobilisé jusqu'en 1915, est blessé à la bataille des Flandres, devient ensuite interprète dans un camp de prisonniers en raison de sa connaissance de la langue française, et termine ainsi tranquillement la guerre.

Après la guerre, il gagne médiocrement sa vie comme professeur de français dans une petite ville de Haute-Silésie. Son père lui vient en aide, et le place dans une succursale de sa maison de confection pour dames, à Breslau.

B... se montre habile commerçant, puisqu'il monte lui-même une nouvelle maison de commerce à Boeten (Haute-Silésie) et de 1923 à 1932, emploie jusqu'à 12 employés. Il semble que cette ère de

prospérité corresponde à son mariage avec une femme active et travailleuse; celle-ci le quitte pour des motifs mal précisés, et c'est la faillite en 1932, qu'il met sur le compte de la crise économique.

B... n'a jamais eu une grosse attraction pour un foyer, un ménage, des enfants, il a toujours préféré la vie solitaire, la méditation, la rêverie et ces caractères psychologiques vont en s'accroissant. Ayant peu de goût pour l'acte sexuel (dit-il), il professe un idéal d'ascétisme, fuit les occasions, « fait taire sa sexualité, à l'aide de bains chauds et froids et aussi par la méditation ».

Vaguement journaliste et voyageant un peu en Pologne et en Tchécoslovaquie, sa vie n'a rien de remarquable, sinon son instabilité, car de Haute-Silésie, il passe en Westphalie, de la Westphalie à Berlin, cherchant, prétend-il, une situation. La crise ne lui aurait pas permis de trouver du travail dans la confection de dames.

Ses parents lui donnent un peu d'argent et à vrai dire il n'a jamais été dans la misère; il n'avait pas beaucoup de besoins et menait une vie un peu recluse; avait quelques amis dans les milieux de théâtre. Activité littéraire prétendue, mais il n'a jamais rien publié; « n'écrit que pour lui » « pour vivre tranquillement avec ses idées ».

Devant les « persécutions hitlériennes » il vient en France en 1933. Il habite la banlieue, et ses propriétaires qui sont en même temps ses amis, l'estiment beaucoup, le tiennent pour un homme sérieux, instruit, peu communicatif et bon. Il n'a jamais eu de maladies graves et aucun antécédent psychopathique personnel ou familial.

Les premiers troubles datent de 3 ans. Il était allé consulter le docteur M... « parce qu'il ne se trouve pas bien au point de vue intellectuel », se trouvait dans une tension nerveuse exagérée, *géné pour vivre librement* : « Je me tourmentais moi-même, enfin, ma personnalité était dédoublée »; « c'est un état tout à fait ordinaire, car l'homme normal est double, mais j'étais toujours seul et cela se manifestait plus qu'à l'ordinaire ».

Il ressent une inquiétude vague, mais n'a aucune crainte de devenir fou, « car sa volonté n'est pas supprimée mais seulement inhibée... ».

Le Docteur M... parle de schizophrénie; on tente une cure psychanalytique, qu'il ne suit pas assidument. Il veut d'ailleurs se soigner lui-même par la méthode de Knapp avec des bains chauds et froids, et la culture physique qu'il va pratiquer aux bords de la Marne ou dans la forêt.

Grâce à ces exercices, il constate une amélioration : « J'étais plus libre de mes actes... Cela change souvent, je suis pendant quelques semaines dans un bon état, puis je retombe. »

En réalité ses amis avaient remarqué que depuis quelques jours

il s'excitait beaucoup, parlait avec volubilité, se méfiait un peu de tout le monde « *parlait de rayons* » faisait une gymnastique respiratoire forcenée; il crie et devient violent si on s'oppose à ses excentricités.

Ils nous racontent que le malade s'intéresse beaucoup au bouddhisme, écrivant pour lui-même des œuvres qualifiées de philosophiques, enfin s'occupe de sculpture en terre glaise, et fabrique de curieuses poupées en raffia, de caractère grotesque, caricatural, de sujets empruntés à la vie du cirque. Il préparait un grand livre sur la « contemplation du monde ».

L'entourage justement alarmé par la recrudescence de l'excitation, et des exercices de gymnastique en plein air, demande l'internement; c'est dans ces conditions que B... a été conduit à la Clinique des Maladies Mentales.

Il s'exprime correctement quoique difficilement en français; il est obséquieux et méfiant. Il ne fait aucune difficulté pour nous raconter avec précision son histoire, il se sert de termes appropriés, voire recherchés, et un peu prétentieux. Sa mémoire est excellente, il est très adapté à l'ambiance. Il avoue que le « dédoublement de sa personnalité » l'inquiète un peu par son intensité inusitée.

Il trouve que ses propriétaires et ses amis s'occupent trop de lui; ils n'interviennent pas à proprement parler dans le mécanisme de sa pensée, mais ils sont importuns, le gênent, créent autour de lui une *ambiance défavorable*.

Il se plaint d'angoisses et de contractions, c'est peut-être le sympathique; « toutes ces sensations *pourraient être provoquées* ». Il pourrait exister certaines agressions contre sa personnalité. Mais tout cela sur le mode dubitatif, très flou et très vague. Plus précis sont les *geste imposés*; « j'étais obligé de me battre moi-même, tellement j'étais tourmenté, par des paroles que je me disais moi-même; des ordres ridicules la plupart du temps ». Mais ce n'est pas un étranger qui le commande ainsi, c'est lui-même, c'est son double... « c'est une supplantation (?) de moi-même, un attachement de moi-même; il y a des influences autour de nous, c'est certain, mais c'est moi-même qui me tourmente, qui me commande par une voix intérieure et aussi par les oreilles ».

Bref, il n'a pas d'autre persécuteur que lui-même et il extériorise sa pensée intérieure (mécanisme du syndrome d'action extérieure).

Il croit que les exercices respiratoires « rendent plus de liberté à sa pensée », la rendent plus perméable à certaines choses, plus légère, susceptible d'une sorte de télépathie, d'une sorte d'hypnotisme... Il a besoin de ces exercices « pour se délivrer de tout ce qu'il y a de mauvais en lui ».

Il proteste contre son internement mais avec assez peu d'énergie. En réalité, ceci lui est indifférent, pourvu qu'on lui permette d'aller faire ses exercices dans la cour et qu'on lui rende ses écrits.

Nous avons traduit un certain nombre de cahiers proprement et soigneusement rédigés par B...

Ce sont des aphorismes, des pensées, des maximes plus ou moins philosophiques, pleins de réminiscences de Schopenhauer et de Nietzsche et des œuvres de poètes allemands (Goethe et Heine en particulier). La qualité de ces productions est médiocre, on n'y voit la trace d'aucune pensée originale. Deux idées reviennent constamment dans ces écrits : l'idée de la Mort et l'idée de la Femme, qui doit être combattue avec énergie par les exercices physiques et la méditation. Mais cette dernière pensée est exprimée à l'aide de termes érotiques si précis qu'on est tenté de croire à un mécanisme de refoulement.

Il existe une certaine stéréotypie, une tendance à la répétition de pensées obscures, un manque d'originalité, une importance exagérée des réminiscences, une ambivalence relative.

En résumé : vagues idées de persécution, sensation de dédoublement de la personnalité, préoccupations hypochondriaques, troubles du comportement, bizarreries des productions (écrits, poupées en raffia), conscience partielle du trouble morbide, fond schizoïde net, avec rêveries imaginatives sans consistance, apragmatisme « idéaliste », un certain déséquilibre dans l'exercice des fonctions intellectuelles, plus qu'une véritable ambivalence.

Le contraste, entre l'activité pragmatique ancienne assez productive quoique dépourvue de continuité, et l'inertie actuelle à tendances négatives avec vagues ébauches d'idées délirantes, est inquiétant pour l'avenir.

On est en droit de parler de déséquilibre schizoïde; ce malade va-t-il évoluer vers un état paranoïde, ou vers un état paraphrénique? Il est impossible de le préciser actuellement.

OBSERVATION VIII

Mosch... Sophie, 38 ans.

Entrée à la Clinique de la Faculté le 4 janvier 1938.

Est adressée à l'Hôpital Henri Rousselle par le Docteur Vi... qui prévenait le médecin de la consultation en ces termes :

« Une curieuse et difficile malade... Je la connais depuis plus de 10 ans. Cette malheureuse que la perte de la notion des réalités a plongée dans une misère absolue... rappelle certains types de schizophrènes : elle se laisse mourir de faim dans une chambre et vit dans le passé et dans le rêve... »

Pendant son séjour à l'hôpital Henri Rousselle, elle se montre d'abord très excitée, crie à tue-tête, refuse de se laisser déshabiller, prétend être brutalisée, refuse de s'alimenter, puis accepte les aliments qu'on lui présente, mais repousse toute médication; se promène en chemise, ne voulant pas des vêtements de l'Hôpital. Elle est internée le 28 décembre pour : « Déséquilibre mental avec état dépressif surajouté... troubles du comportement... vivait seule... phobies multiples... »

Le Docteur Vi., précise dans une lettre adressée au Professeur Henri Claude, l'état antérieur de sa malade : « Elle présentait des troubles mentaux qui consistaient essentiellement en un isolement complet de la réalité à laquelle *elle refusait de s'adapter*. Sa mère l'entretenait. L'an dernier, elle était d'une maigreur extrême, cherchait des moyens de suicide, tout en s'habillant de vêtements d'une coquetterie désuète, en portant continuellement de vieux gants blancs, même au lit. Elle entretenait des relations extrêmement difficiles avec quelques personnes... elles vous expliqueront la déchéance progressive de cette malheureuse... »

La malade se présente en gémissant, pleurant sans larmes, et immédiatement enlève sa robe, déclarant qu'elle ne peut la supporter, que c'est trop douloureux, « c'est une souffrance ». Tente de se soustraire à l'interrogatoire, en invoquant la fatigue, le manque de délicatesse des questions, refusant de se laisser approcher, exigeant qu'on lui parle à la troisième personne (« Je suis très formaliste »), acrimonieuse.

Son attitude est très variable au cours des divers examens. Tantôt réticente, tantôt s'auto-analysant à haute voix avec satisfaction et un maniérisme théâtral.

On constate rapidement chez cette malade des éléments obsessionnels, hystériques et paranoïaques intimement intriqués.

Les troubles du caractère *purement névrosiques* contrastent avec le comportement, précisé par une enquête sociale, qui est celui d'une grande psychopathe. La mort de sa mère, son impécuniosité ont conduit cette malade à l'internement, seule mesure d'assistance possible.

Antécédents héréditaires: son père est mort, elle ne l'a jamais connu, elle donne sur lui des détails qu'elle juge en rapport avec son propre état mental.

« Il ne faisait rien. Il était comme moi: c'était un anxieux exagéré

dans sa toilette, il vivait à la campagne avec ses parents, cultivateurs; avait des dispositions pour l'étude, il avait souffert parce qu'il avait été recalé à son bachot. »

Le père et la mère se sont séparés quand elle avait 7 ans « pour incompatibilité de caractère ». Elle refuse d'en dire plus. La mère est morte en février, à 72 ans, d'une affection abdominale.

« Elle était d'une famille aisée, très considérée en Alsace, elle avait un caractère dominateur comme toutes les Alsaciennes et elle a dominé mon père qui était un être doux et sans volonté. Ma mère est venue à Paris où elle était cordon bleu, elle faisait la cuisine à la perfection, puis elle est devenue bonne à tout faire, elle avait l'admiration de tout le monde, elle a accompli sa destinée. »

« Le doute, le scepticisme, c'est de mon père; l'orgueil, c'est de ma mère. »

Elle refuse de donner d'autres détails sur ses ascendants; elle est fille unique. Elle a été élevée par sa grand-mère maternelle jusqu'à l'âge de 9 ans; elle ne s'entendait pas avec elle: « Toute ma vie, j'ai été désagréable. » Est chassée à 15 ans d'une pension religieuse; « On m'a mise dehors pour mon esprit sceptique; j'en avais assez des prières, j'étais trop coquette comme toujours. » Elle aurait fait des études équivalentes au brevet (mais pas de diplômes).

Dès ce moment « elle était seule pour le cerveau: j'étais une anxieuse dès l'âge de 10 ans; j'avais des angoisses en pensant à l'univers. Je pensais à tout, au problème de la vie et de la mort, de Dieu, de la religion catholique, j'étais une enfant douteuse ». Travaillée par les questions métaphysiques.

« Toute enfant, je souffrais déjà des mains, de *toucher*. Maman était comme cela, c'est ridicule. C'est une souffrance. Pas d'amies, j'avais mauvais caractère, et une susceptibilité malade. »

Depuis l'âge de 15 ans jusqu'en février 1937, vie commune avec sa mère.

En sortant de pension, elle aurait suivi, des cours de sténodactylographie; elle essaie de travailler, *mais ne peut s'adapter à rien...* « J'étais dans les bureaux, j'ai horreur de l'administration... je faisais des écritures, mais très peu... partout je suis humiliée? Partout, on ne pouvait pas obtenir que je fasse quelque chose de bien. »

Elle serait restée 5 ans chez un commerçant diamantaire. Ses derniers appointements étaient de 700 francs par mois. Elle ne travaille plus depuis 1924.

Bien qu'elle déclare ne pas pouvoir se consoler de la mort de sa mère, elle décrit ainsi leurs rapports: « Je suis seule partout; il n'y a pas d'affection mutuelle, je l'ai fait souffrir, elle m'a fait souffrir... mais tout le monde plaignait ma mère et moi, jamais on

ne me plaignait... je l'aimais beaucoup. Elle avait un caractère entier et orgueilleux, elle savait tout faire; elle avait une fille qui ne lui faisait pas honneur. Au moment de sa mort, elle s'est aperçue que j'étais une enfant anormale... Maman me gâtait beaucoup... J'étais choyée... je ne peux pas arriver à me consoler de la mort de ma mère. »

Tant que sa mère a vécu elle n'a absolument rien fait dans leur intérieur: elle se vante de ne pas « savoir faire cuire un œuf, ni laver un mouchoir ».

Dès l'âge de 15 ans, elle présente *toutes les phobies de la saleté*; la mère s'est pliée à toutes les obligations morbides que sa fille se créait. Elle travaillait à faire des ménages (jusqu'à 70 ans) sans que sa fille *ne lui en garde la moindre reconnaissance*; elle prétend au contraire que sa mère lui avait fait faire des études dans le but d'exploiter son travail. Quand la mère est morte, deux voisines charitables l'ont matériellement remplacée auprès de la malade. Elle ne leur en garde pas plus de reconnaissance qu'à sa mère. Tout cela lui semble dû.

Elle avoue avoir fait un séjour (au moins) en maison de santé, et un séjour de 8 mois dans le service du professeur Laignel-Lavastine à la Pitié (en 1924).

Les éléments paranoïaques et le fond mental hystérique sont patents; la malade reconnaît difficilement les faits humbles; embellissement de tout ce qui touche à la vie de ses parents. Elle met une sorte de coquetterie obstinée à ne pas répondre avec précision aux questions que nous lui posons. Elle répète: « Je pleure et on prend ça pour de la comédie. Vous croyez que c'est de la comédie?... » et redouble de pleurs factices.

Elle nie avec une mauvaise foi évidente les propos tenus la veille sur ses parents.

Singularités; elle a caché aux voisins que sa mère soit morte, elle l'a enterrée en quelque sorte en secret, aidée de ses deux voisines familières, mais elle a mis deux annonces dans *Excelsior* et *l'Echo de Paris*.

Elle développe avec complaisance le thème « miroir »: « Quand on est seule, c'est une distraction de se voir, et alors, je faisais des mines, des scènes de music-hall... avec mon bonnet... *j'avais la seule personne que j'aimais en face de soi*. Je ne me maquille pas, mais j'aime bien le rouge... ici je n'ai pas mes frisettes. Je sais bien que je suis une horreur (mais quelques instants plus tard elle se contredira); ... par moments je m'imagine que je suis laide (et encore avec une lassitude infinie), je n'ai plus plus de glace, je ne peux pas vivre, vous me tuez mentalement (puis) ... je me regarde en cachette dans la salle de bains... »

Elle ramène tout à elle avec des formules stéréotypées; elle en déduit, tout naturellement pour l'avenir: « Je veux que quelqu'un puisse s'occuper de moi. »

Elle s'analyse ainsi avec complaisance et parle de cette faculté même d'auto-analyse: « Le docteur Vi... a reconnu chez moi une faculté d'analyse peu commune. » Mais elle a conscience du caractère obsédant de cette auto-analyse. « J'ai la phobie d'analyser et c'est cela qui agit sur mon cerveau. »

Les obsessions tiennent une grande place, mais non prépondérante dans le tableau clinique.

« Je suis une cérébrale. Je suis occupée cérébralement... toutes ces manies... j'ai fait comme vous des observations... j'ai la folie du doute... J'ai étudié mon état mental... depuis des années je m'analysais. Je suis neurasthénique avec des angoisses, le doute, le scepticisme... puisque j'ai étudié mon propre cas moi-même, puisque je m'admire, vous le savez... et que j'ai horreur de moi-même (ambivalence)... je suis une personne maniaque et au maniaque il faut la perfection. »

Impression d'une éternelle solitude: « Je suis seule au milieu de vous tous... partout où je serai, je serai seule... je souffre atrocement de l'infini qui m'angoisse, souffrance physique et morale... »

Elle laisse la lumière allumée parce que: « Seule devant la lune et les étoiles, cela devient si poignant... » de même son feu qui lui tient compagnie.

Evasion dans le rêve. Elle dit s'intéresser à la médecine: « Mon cerveau se porte sur les maladies mentales; je suis toujours les articles médicaux de la presse ». Elle a lu plusieurs livres du docteur Vi...

Se défend: « On m'a prise pour une hystérique; quand je dis certaines choses aux médecins, on dit hypocondrie... j'ai lu des histoires de refoulement... moi, ce qui me plaît, c'est *l'étude de ma personne*; il n'y a pas de refoulement! »

Nous en arrivons à la phobie qui domine ses moindres actes et régit toute sa vie: *la phobie de la saleté*; à laquelle est jointe une fixation obsédante à la couleur blanche.

Elle n'a pas la phobie des microbes, mais de la saleté seulement; elle ne peut toucher la monnaie, les boutons de porte (s'arrange pour qu'on ouvre devant elle). Elle trouve la rue trop sale: « Je ne peux plus marcher dans le faubourg Saint-Honoré... quand les gens me dégoûtent, il faut que je change de trottoir... » Est-ce pour cette raison qu'elle ne sortait qu'au petit jour dans Paris désert? Elle sortait, elle le dit elle-même: « En chemise de nuit, et si la robe et le manteau étaient dégoûtants, le dessous était très propre. Je vivrais gantée si c'était possible. » Elle essaie de réaliser

cette formule: « Je faisais moi-même le ménage, mais il me faut des gants de toutes sortes. » (En réalité, ne faisait pas grand'chose car son logis était un véritable taudis d'une saleté repoussante.)

« Je ne lis les journaux qu'avec des gants en peau blanche pour ne pas me salir les mains. Ici, je ne lis pas parce que je n'ai pas de gants. Je ne peux me voir qu'en blanc et habituellement je suis comme ça. » Montrant les vêtements qu'on lui a donnés dans le service: « Tout cela me répugne, je souffre atrocement. »

Elle se lave fréquemment les mains. *Elle a étendu très curieusement cette obsession du blanc aux aliments, mais cette fois pour déclarer impossible l'absorption de toute nourriture blanche:* « Je ne veux pas manger de blanc... je ne peux manger que de la viande rouge... *toute ma personne est dans les aliments, toute ma vie.* » Elle refuse le lait, le riz qui sont blancs.

Malgré une bonne digestion des aliments qu'elle peut absorber, elle a atteint par la faute de ces multiples interdictions et rites, une maigreur très grande (elle ne pèse que 40 kg.). Il est certain qu'elle présente une aérophagie et une aérocolie considérables vérifiées par l'examen.

Son attention est pathologiquement fixée sur ses fonctions digestives: « L'intestin ne fonctionne pas, pas du tout... je ne digère pas, je ne vais jamais à la selle... il faut soigner mon tube digestif... j'ai étudié la dyspepsie nerveuse. » Elle traitait une constipation qui remonte à l'adolescence par 20 ou 25 suppositoires à la glycérine placés chaque matin; une demi-heure après, elle allait à la selle et examinait ses matières avec soin. Elle eut fréquemment la « hantise de Sainte-Anne », l'obsession de se suicider; elle « aurait commis des imprudences », marchant sur la chaussée, au hasard, pour se faire écraser. « J'ai la lâcheté de ne pas avoir le courage de me tuer. » N'a jamais pu se jeter à l'eau: « Malgré la souffrance, car l'eau est sale et dégoûtante, et vous savez que je tiens à ma précieuse personne (*sic*). »

Refuse de donner la moindre précision sur sa vie sexuelle. Semble avoir été normalement réglée à l'âge de 13 ans. Elle n'a plus ses règles depuis septembre dernier: « C'est l'anémie ». Vers la vingtième année, elle ne voulait pas se marier: « Je n'ai pas cherché à me marier, j'étais trop malade, je n'étais pas mariable. Et puis je ne voulais pas me marier, parce qu'étant enceinte on devient laide, et cela je ne le voudrais pas. C'est la maternité qui me faisait peur. J'ai vu des femmes qui avaient des enfants et cela les rendait laides. » Puis inversement: « Je vais vous faire un aveu: si je me mariais ce ne serait que pour conserver ma beauté... je ne veux pas être une vieille fille, les femmes seules ont un épanouissement... »

Un de ses patrons, un homme âgé, la considérait comme sa

filles ; elle se défend avec véhémence qu'il y ait eu entre eux un autre sentiment; de même le Docteur Vi... la considérait comme sa fille, lui avait apporté son « dévouement ».

Notons qu'elle se compare souvent à *une enfant*. Devenue seule par la mort de sa mère, elle s'est trouvée dans l'impossibilité *consciente* de subvenir à ses besoins, de *s'intégrer à la réalité*.

Aucun trouble neurologique sauf des réflexes tendineux très vifs, la tension artérielle est à 11,5/8 au Vaquez, pouls 64, R.O.C.80.

Maigreur très prononcée, pâleur, état général précaire, sans lésion d'aucun organe, sauf des troubles gastro-intestinaux, mentionnés plus haut.

Commentaires : Cette observation (1) est intéressante parce qu'elle présente un cas très compliqué. Nous y trouvons tous les éléments du déséquilibre mental : variabilité, instabilité (sur le plan purement psychologique), défaut de jugement, intrication d'éléments obsessionnels (importants ici) paranoïaques et névropathiques (hystériques), avec composantes complexuelles évidentes, masochistes et narcissiques. Cette complexité même fait qu'on ne peut la considérer comme une psychasthénique banale.

Elle est modérément schizoïde : ambivalence, bizarreries, tendances à l'isolement. Mais on ne peut non plus la considérer comme une véritable schizophrène; elle reste très attachée à l'ambiance, tout au moins à une certaine forme du monde extérieur; de plus le côté paranoïaque de ses réactions n'est pas indifférent; elle interprète facilement, elle est orgueilleuse, volontiers sthénique.

C'est une névropathe qui a des réactions inadaptées d'allure tout à fait « psychopathique »; elle se comporte en effet comme une aliénée dès qu'elle a le moindre contact avec le monde extérieur : mais le fond mental est intact.

Chose curieuse, cette déséquilibrée, contrairement aux malades dont nous avons rapporté antérieurement les observations, n'a pas d'histoire; toutes ses réactions se passent « intra-muros ».

Enfin caractère négatif, mais très particulier des ma-

(1) Qui nous a été communiquée par notre ami le Docteur Charles Durand, interne à la Clinique des Maladies Mentales.

lades dont nous nous occupons, le polymorphisme clinique, l'absence d' « axe psychopathique » déterminé, d'évolution précise dans un sens défini; elle ne répond à aucune formule habituelle de maladie mentale, elle échappe au classement nosographique : elle est « inclassable ». C'est pourquoi nous la rangeons dans le groupe d'attente « des déséquilibrés ».

QUATRIEME PARTIE

LES LIMITES DU DÉSÉQUILIBRE MENTAL

CHAPITRE PREMIER

Déséquilibre mental et perversions instinctives, type Dupré (Folie ou idiotie morale)

Le déséquilibre mental n'implique pas nécessairement l'existence de perversions instinctives, bien qu'elles y soient fréquentes. Les perversions instinctives peuvent se voir dans un grand nombre d'autres états psycho-névropathiques, psychotiques ou démentiels (à titre plus ou moins épisodique).

C'est sur le plan des perversions instinctives que l'on a cherché à déterminer les rapports du déséquilibre mental et de la folie morale véritable.

Nous avons vu dans la partie théorique de ce travail que beaucoup d'auteurs français, pensent que la folie morale peut être le terme, l'aboutissant d'états de déséquilibre mental variés.

Nous ne pensons pas que cette évolution soit fréquente ni même possible. Nous ne l'avons, en tous cas, jamais notée au cours de nos observations.

Dans un article important de l'Evolution Psychiatrique (1) Gilbert Robin rappelle que, classiquement « le syndrome perversions instinctives » est l'association des perversions et de l'indifférence morale.

Or, les instincts antisociaux peuvent être seulement relâchés, « débridés » par manque de contrôle des facultés supérieures; ils ne sont pas, pour autant, pervertis au sens strict du mot. En outre, Gilbert Robin, fait remarquer que l'indifférence morale est très difficile à apprécier,

(1) Evolution Psychiatrique 1934, page 59.

que sa définition et ses limites varient selon les auteurs.

Pour les psychanalystes, tous les enfants sont des pervers en puissance, ils ne le deviennent « réellement » que si « l'autoérotisme normal de l'enfance n'est pas intégré « dans le courant de la sexualité normale » (fixation ou régression au stade infantile).

Cette explication classique et séduisante, se garde d'ignorer les facteurs dégénératifs héréditaires, congénitaux ou acquis.

Ces facteurs peuvent être tellement puissants qu'ils n'ont pas besoin des incitations exogènes pour créer l'état de perversion constitutionnel, type Dupré.

Le syndrome constitutionnel, fixe, rare, nous paraît analogue à la folie morale vraie des anciens auteurs. Ces individus sont antisociaux « par essence même », très dangereux, les révoltés typiques (idiots moraux).

La profondeur de l'état dégénératif fondamental, nécessaire et suffisant, est marquée par la coexistence fréquente de l'arriération mentale, de l'instabilité psychomotrice (voire de l'épilepsie), favorisant à la fois la régression et la libération des tendances instinctives.

Si l'on veut bien se reporter aux observations que nous avons résumées, on verra qu'aucun de nos malades, classés comme déséquilibrés, n'est assimilable à ces pervers constitutionnels.

Les plus proches de la folie morale sont les malades P... (obs. IV) et Blay... (obs. VI), mais la lecture attentive des observations montre rapidement que les éléments exogènes : affectifs, familiaux, sociaux, complexuels, éducatifs, jouent un rôle peut-être aussi important que la tare dégénérative elle-même, pourtant évidente chez ces deux malades.

Des éléments surajoutés compliquent encore la question et chargent le tableau clinique d'éléments étrangers à la véritable folie morale : éléments schizoïdes et paranoïaques pour P..., éléments épileptoïdes pour Blay...

En résumé, les états de déséquilibre mental doivent être distingués du syndrome « perversions instinctives » de Dupré, dont ils ne présentent ni la pureté, ni la précocité d'apparition, ni la fixité d'évolution, ni aussi la gravité pronostique.

CHAPITRE II.

Déséquilibre mental et cyclothymie

La coexistence des signes « permanents » du déséquilibre mental (affectivité perturbée, instabilité psychomotrice, attitudes réactionnelles, troubles du caractère) et des symptômes de la psychose maniaque-dépressive, a déjà été observée par les auteurs anciens; plus récemment Mairét et Euzière, pensent pouvoir rapprocher et même assimiler, l'invalidité morale (surtout sous sa forme instable) à la manie ou l'hypomanie.

Les déséquilibrés ne seraient que des hypomaniaques d'un type un peu spécial.

Sans aucun doute — par définition même — le rythme périodique, caractéristique essentiel de la cyclothymie, constitue une rupture de l'équilibre normal, dès que les oscillations physiologiques dépassent une certaine amplitude.

Mais ces oscillations de la psychose maniaque dépressive, ne ressemblent pas aux variations incessantes du tonus psycho-moteur des déséquilibrés.

Le développement même, de la crise maniaque ou mélancolique, ne cesse pas, en lui-même, d'être « harmonieux ».

Les réactions du déséquilibré n'ont pas le même caractère global, la même pureté que les manifestations de la psychose maniaque-dépressive.

Nous reconnaissons que la co-existence de la psychose maniaque-dépressive et d'un fond de déséquilibre mental, subsistant lorsque l'accès est guéri, n'est pas rare et qu'il est difficile bien souvent de distinguer les symptômes qui reviennent à l'un ou à l'autre.

Nous avons en vue, surtout, le diagnostic des réactions psychogènes des déséquilibrés par rapport à la psychose maniaque-dépressive.

Les réactions prennent la forme d'une dépression ou d'une excitation plus ou moins typique où l'on ne trouve pas les antécédents, la netteté d'évolution, la pureté des traits cliniques de la psychose maniaque-dépressive.

Ces caractères peuvent être assez peu accusés pour rendre difficile le diagnostic entre la manie ou la mélancolie et les manifestations épisodiques, d'allure maniaque ou hypomaniaque, relevant d'un déséquilibre mental, constitutionnel ou non, avec ses troubles prépondérants de l'émotivité et de la volonté.

Voici d'après Gelma (1) les différences essentielles qui permettent de faire le diagnostic :

— Chez les « psychopathes » l'accès est presque toujours à forme coléreuse, il est toujours provoqué par une cause saisissable, une émotion par exemple; les éléments affectifs dominent le tableau d'excitation psychique, l'allure est nettement celle d'un état passionnel.

Les troubles purement « intellectuels » seraient rares. Les malades sont intimidables et leurs colères peuvent être endiguées par des moyens coercitifs ou psychothérapiques. En général, le sommeil est conservé, il n'y a pas de troubles organiques, comme dans la manie, en particulier, de troubles sécrétoires.

Enfin, ces accès guérissent et se reproduisent à la suite d'un nouveau choc. C'est en somme le tableau de la manie réactionnelle.

— Inversement, chez les cyclothymiques, l'accès peut prendre toutes les formes : joviales ou coléreuses; il est impossible de lui fixer une cause extérieure : il est endogène et les événements extérieurs n'en modifient ni le cours, ni la symptomatologie.

Il y a autant de signes « intellectuels » qu'affectifs: fuite des idées, hyperthymie, troubles des associations.

L'excitation est inaccessible à la psychothérapie comme à la coercition qui l'aggravent plutôt. L'insomnie est la règle, même dans les formes frustres. Enfin, il existe des troubles viscéraux caractéristiques. L'accès est suivi ou précédé de dépression plus ou moins marquée.

(1) Gelma : Cyclothymie et déséquilibre psychique (Strasbourg 1933).

Donc, pour Gelma, il y a des différences étiologiques symptomatiques et évolutives.

Au point de vue médico-légal, Gelma tire de son étude les conclusions suivantes :

— On accordera au déséquilibré, les circonstances atténuantes, car il n'est pas en état de démence.

— Le cyclothymique, au contraire, est un dément au sens légal, totalement irresponsable.

Trillot (1) pense que la notion d'hérédité cyclothymique est d'une importance capitale dans la psychasténie et dans les états de *déséquilibre émotif*. Si nous en jugeons par nos observations, cette hérédité cyclothymique des déséquilibrés est loin d'être fréquente, alors que l'hérédité homologue l'est beaucoup plus (voir les observations n° I et n° VIII).

Demay dans sa thèse (1912) expose sa conception de la « débilité morale familiale » : « Nous rangeons, dit-il, sous ce titre des déséquilibrés à réactions antisociales, les aliénés difficiles de H. Colin. » Il ajoute que ces sujets éminemment instables, quittent leur famille de bonne heure, ce qui rend l'étude de leurs antécédents familiaux difficile. Il conclut : « L'hérédité des mauvais instincts » est de connaissance vulgaire.

Roncoroni, Luigi Tomasi, font remarquer que le principal caractère de la cyclothymie, à savoir : le caractère de périodicité, n'est pas le monopole de cette variété psychotique.

Plus récemment, Baruk et Mlle Gevaudau sont revenus sur cette importante question des manifestations périodiques en dehors de la psychose maniaque-dépressive.

Ils les remarquent dans certains états hystériques, confusionnels, oniriques ou oniroïdes, paranoïaques et catatoniques.

Il est hors de doute que nombre d'états de déséquilibre surtout à déterminisme endocrinien, évoluent sous la forme périodique.

Roncoroni, s'élevant contre l'idée de la périodicité, monopole exclusif de la psychose maniaque-dépressive, écrit que la périodicité est une loi générale de la vie, les

(1) Trillot. Thèse de Paris 1932.

oscillations physiologiques du tonus émotif sont le fait de la vie normale.

Il rapporte ensuite des cas à évolution périodique, de syndromes neurasthéniques, psychasténiques, confusionnels, de formes périodiques « *complexes* » (qui sont des états de déséquilibre mental!).

Tomasi rapporte une statistique de 369 cas de syndromes mentaux périodiques non dysthymiques : neurasthénie, psychasténie, déséquilibre émotif (?) et instinctif, confusion.

Pour terminer ce résumé des rapports du déséquilibre mental et de la cyclothymie, nous observerons que l'excitation ou la dépression des cyclothymiques sont souvent précédés par un état de déséquilibre mental plus ou moins long, plus ou moins typique, qui disparaît ou se modifie, pour laisser la place au syndrome psychotique typique. Nous avons vu qu'il en était de même pour la période prodromique de la D. P., de la P. G., des syndromes psychorganiques les plus variés.

Donc, de leur ressemblance symptomatique, au moins apparente, de l'existence de phases prodromiques de déséquilibre, de l'hérédité dans certains cas, on ne peut conclure à l'identité de la psychose maniaque-dépressive et du déséquilibre mental.

CHAPITRE III

Déséquilibre mental, psychasthénie, hystérie et épilepsie

Les parentés relevées par les auteurs français et étrangers, entre les états de déséquilibration et les psychonévroses, ont été étudiées dans les deux premières parties de ce travail, aussi serons-nous bref à ce sujet.

En théorie on ne saurait faire de distinctions entre les formes de déséquilibration s'accompagnant de symptômes de la série obsessionnelle et les états psychasthéniques. Il en est de même pour les manifestations mentales de l'hystérie et de l'épilepsie.

En pratique, nous sommes bien obligés de classer les faits et de séparer ces divers syndromes psycho-névrotiques. Nous retrouvons continuellement dans les certificats rédigés en vue d'internement ou dans les observations communiquées aux sociétés savantes, les diagnostics : « de déséquilibre mental et manifestations obsessionnelles, déséquilibre mental et épilepsie, déséquilibre mental et hystérie. »

La plupart des déséquilibrés dont nous avons rapporté les observations présentent, à titre épisodique ou permanent, des symptômes de la série psychasthénique (obsessions, phobies, doute, état d'insécurité ou mentisme obsédant) à tel point que pour certains (voir, par exemple, observation de la malade Mosch n° VIII), le diagnostic de psychasthénie a été soulevé.

En réalité, même lorsque le tableau clinique est dominé par les obsessions et les phobies, il est loin de répondre à la description classique des malades de Janet. Il n'a pas la même cohésion; des éléments parasites, cyclothymiques, hystériques, impulsifs; l'instabilité psychomotrice, mettent une note particulière.

Les obsessions ne commandent pas entièrement le comportement des déséquilibrés, d'autres mécanismes, de libération, de compensation, interviennent. Les phénomènes automatiques ont une plus grande part dans le déterminisme de leurs actions.

Certes, les actes des déséquilibrés — les perversions en particulier — obéissent quelquefois à un mécanisme obsédant mais ce n'est pas très fréquent. Le plus souvent l'élaboration est moindre, les actions sont « plus réflexes », plus proches des libérations instinctives-affectives, telles qu'on les observe chez les encéphalitiques ou les comitiaux : l'élément de lutte obsédante n'y est jamais très apparent, quand il existe!, malgré l'intégrité habituelle de la conscience.

Il faut donc se garder de faire entrer artificiellement ces cas complexes de déséquilibre mental, dans le cadre de la psychasténie de Janet : syndrome bien précisé avec ses caractères depuis longtemps classiques.

Stigmates mentaux des dégénérés pour Magnan, l'obsession et l'impulsion sont des phénomènes très généraux qui dépassent de beaucoup les limites de la psychasténie et du déséquilibre mental. De plus, la psychasténie n'est pas entièrement résumée par les obsessions, pas plus que par l'émotivité morbide.

Le problème du *déséquilibre mental et de l'hystérie* est plus compliqué encore, il ne semble pas que sa solution soit prochaine.

Nous avons vu, plus haut, les réserves de Kroepelin et d'E. Kahn à ce sujet.

Si nous nous reportons encore à nos observations, nous remarquons la fréquence des symptômes hystériques (voir l'observation de la malade Karin L..., obs. V), plus ou moins typiques.

Peut-on en conclure que le déséquilibre mental, par son mécanisme et son aspect classique, est assimilable à la grande névrose? Nous ne le croyons pas.

Le polymorphisme symptomatique des déséquilibrés s'accommode mal des cadres si nets, si tranchés de la grande hystérie.

Quant aux manifestations larvées de l'hystérie, nous

reconnaissons leur fréquence chez les déséquilibrés, mais ne les voit-on point dans d'autres états psychopathiques ou même organiques. Ne les voit-on pas souvent au cours ou au début des processus schizophréniques?

Depuis longtemps, H. Claude enseigne que l'hystérie est une psychonévrose : « Expression d'un état constitutionnel qui donne au sujet la capacité de diviser, d'isoler certaines activités fonctionnelles, certaines perceptions ou certaines représentations et de les fixer de telle sorte qu'elles demeurent oubliées, en dehors de la conscience, sans que ces troubles fonctionnels réclament aucune intervention de la part du sujet. »

Il attire l'attention sur les analogies frappantes (mais non pas l'identité) avec certaines habitudes mentales des schizoïdes : « évasion hors de la réalité, s'effectuant sans effort, ne réclamant pas de la part du sujet une attitude et une attention persistantes, s'accommodant des exigences de la vie normale. »

H. Claude se résume par cette formule :

« Le schizoïde promène son monde imaginaire, comme l'hystérique promène sa contracture. »

Voici déjà une différence notable entre l'hystérique, le schizoïde et le déséquilibré puisque ce dernier est précisément en conflit avec le monde extérieur, en conflit actif, qu'il est hypersensible, et que ses facultés de réaction sont accrues souvent d'une façon dangereuse pour l'entourage et l'ordre social.

Remarquons immédiatement que H. Claude insiste sur la différence essentielle entre les états hystériques et schizoïdes :

« Dans la schizoïdie, la dissociation est une manière d'être, un mode d'activité psychique; dans l'hystérie, c'est une constitution caractérisée par l'aptitude *occasionnelle* à la dissociation et à la fixation d'une activité fonctionnelle troublée... »

Chez le déséquilibré, le symptôme hystérique n'est qu'un mode réactionnel parmi les autres, à une situation donnée.

Nous présenterons là encore, l'argument du polymorphisme des déséquilibrés, ils ne se laissent pas circoncrire par l'hystérie pas plus que par la psychasténie.

Un travail récent de Picard (1), illustré de très belles observations, contient des aperçus fort intéressants sur les « mécanismes névrotiques dans les psychoses ».

L'auteur a en vue :

« Le vaste groupe des déséquilibrés psychiques, des « troubles du comportement, des réactions outrancières et « déconcertantes de sujets, dont les attitudes mal adaptées au milieu social et familial, laissent souvent une « large marge d'interprétations différentes, tant au point « de vue théorique qu'au point de vue des mesures pratiques que leur état requiert. »

S'appuyant résolument sur la doctrine jacksonienne de la dissolution des fonctions supérieures du système nerveux, l'auteur place au premier plan, la motivation instinctive de ces « névropsychoses » (formation psychonévrotique, refoulement).

Il s'attache également à montrer qu'il n'y a pas de barrières infranchissables entre les troubles névrotiques et psychotiques.

Picard estime que le niveau de la personnalité morbide peut, sans doute, expliquer plus ou moins la qualité de ses productions, mais non le sens, l'orientation, le contenu de « l'activité directrice du trouble ». Il fait donc intervenir les explications psychanalytiques.

Les exemples tirés de ses observations sont frappants, il est aisé d'en trouver d'analogues dans les nôtres (mécanisme de refoulements, complexes d'Oedipe avec réactions narcissiques, infériorité, auto-punition, identification, castration, réactions d'impuissance, d'homo-sexualité, d'érotisme persécuteur, etc...).

Mais l'éclaircissement de certains mécanismes psychonévrotiques des déséquilibrés à l'aide de l'analyse freudienne, si précieuse soit-elle, ne nous apporte aucune lumière particulière sur la cause même du syndrome de déséquilibration. Le pourquoi nous échappe et nous sommes obligés : soit de revenir aux vieilles notions de prédisposition, de dégénérescence, de constitution, qui visent, elles, à une explication étiologique causale de la déséquilibration, soit

(1) Mécanismes névrotiques dans les psychoses. *Evolution Psychiatrique* 1934, fasc. IV, p. 52.

de rester dans l'expectative absolue et d'envisager chaque cas en particulier, sans vouloir conclure d'une façon générale.

Reconnaissons que Picard ne comprend pas les causes de la déséquilibration autrement que nous, c'est-à-dire dans une lésion (ou un trouble fonctionnel dynamique) héréditaire, congénitale ou acquise, du système nerveux.

Les méthodes d'investigation psychanalytique appliquées aux malades que nous étudions, permettent d'approfondir le mécanisme de certaines de leurs réactions.

Les éléments ainsi mis en valeur suffisent-ils pour établir un lien, si nécessaire, entre des malades aussi différents que les déséquilibrés, en dehors de toutes relations étiologiques communes ?

La discussion intéressante qui a suivi la communication de Picard au Groupe de l'Evolution Psychiatrique, indique que les psychanalystes répugnent à rapprocher ou même dans une certaine mesure à confondre névroses et psychoses.

M. Odier déclare : « Il existe une barrière entre névroses et psychoses et les notions de régression fonctionnelle, de régression de la libido, ne sont peut-être pas superposables. »

Contrairement à Picard, Henri Ey se déclare satisfait du terme déséquilibre mental, puisque, dit-il, il est assez vague, assez général, pour désigner des malades dont le caractère essentiel, négatif, est l'absence de toute maturité et le caractère essentiel — positif — est la tendance aux réactions excessives dans tous les domaines.

Il ajoute qu'il est impossible de dire s'il s'agit d'une constitution ou d'une autre, parce que ce qui frappe surtout c'est le polymorphisme des tendances, leur dysharmonie et leurs variations mêmes. Nous avons suffisamment insisté sur ce point au cours de ce travail à propos de tous nos malades.

Henry Ey considérant : « Ce qu'il reste (chez les aliénés) de souffrance morale, de conflits, de possibilités de variations, de fixations affectives, de vie encore non refoulée, d'aspects subconscients, de souvenirs, d'instincts »... estime que la barrière dressée par certains, entre névroses et psychoses, n'existe pas.

L'application des conceptions dynamiques de Jackson

(Ey et Rouart. *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie*. Encéphale n° 5, mai 1936, juin-juillet 1936), permet d'envisager tous les niveaux des structures psychopathiques, depuis l'état normal jusqu'aux psychonévroses et aux psychoses. Nous pouvons considérer l'état de déséquilibre comme un niveau structural intermédiaire.

Ey conclut par ces trois remarques :

1° Les troubles névrotiques sont souvent plus incompatibles avec la vie sociale, que les autres.

2° Ces malades, si légers soient-ils, ont des troubles importants de leur équilibre somato-nerveux.

3° Ils ne diffèrent des autres (psychoses) que par la différence du niveau structural.

Ces considérations pourraient être appliquées, mot pour mot, aux rapports du *déséquilibre mental et de l'épilepsie*. Beaucoup de déséquilibrés ont une hérédité ou une prédisposition personnelle convulsive.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit au sujet des analogies existant entre les réactions et l'état mental habituel des épileptiques et les réactions, le comportement des déséquilibrés (voir états de déséquilibre transitoires et réactions psychogènes).

Mais l'isolement d'une constitution épileptoïde est-il légitime? Est-il possible de considérer les troubles qu'elle est sensée grouper en dehors des grandes manifestations symptomatiques du mal comitial?

Beaucoup de déséquilibrés présentent les traits de la mentalité épileptique : politesse obséquieuse, susceptibilité, tendances hypochondriaques, irascibilité, violences, réactions excessives, quasi-automatiques, adhérence et ténacité particulières, bradypsychie et bradycinésie.

Est-il nécessaire d'invoquer une condition spéciale (épileptoïde) pour enfermer les accidents marqués par des caractères d'impulsivité d'une part, un état mental de ralentissement idéique (bradyphrénie) d'autre part, d'adhérence affective habituelle, comme le voudraient certains auteurs français et étrangers?

Nous savons les réserves émises par Kroeplin, Kretschmer, K. Schneider.

Nous croyons qu'on ne peut parler d'épilepsie psychique

que si l'on peut rattacher sûrement au mal comitial les particularités mentales observées, c'est-à-dire, s'il existe des antécédents avérés, des manifestations concomitantes du grand ou du petit mal, des équivalents nets (vertiges, absences, impulsions automatiques amnésiques).

L'efficacité du traitement est aussi une preuve mais de faible valeur dans ces cas mentaux, peu influencés d'ordinaire par la thérapeutique.

Les observations des malades H... (n° I) et Blay... (n° VI) montrent l'existence (fréquente) de troubles d'allure épileptique chez les déséquilibrés.

Dans la plupart des cas le déséquilibre est antécédant au mal comitial, ces éléments sont intimement intriqués bien que séparables, par une analyse clinique attentive ; néanmoins le déséquilibre semble « déborder » largement la comitialité : il y a toujours co-existence de symptômes qui ne sont pas habituels dans l'épilepsie.

Nous ne nierons donc point qu'il existe une manière d'être, faite de viscosité mentale et d'impulsivité méritant, si l'on veut, le nom d'épileptoïdie, mais nous nous refusons d'y voir une « constitution » particulière, à moins qu'on retire à ce terme de constitution toute prétention pathogénique, toute valeur d'explication causale (qu'il n'a d'ailleurs jamais eu en fait!) et qu'on l'entende dans un sens purement clinique.

CHAPITRE IV

Déséquilibre mental, Encéphalite épidémique et Etats organiques

Le diagnostic de déséquilibre mental post-encéphalitique a été et est encore fréquemment porté. Nous l'avons retrouvé à maintes reprises dans les certificats d'internement et les certificateurs mettent surtout l'accent sur les troubles du caractère, les perversions et l'instabilité génératrice de rédactions médico-légales souvent graves.

Les troubles de déséquilibration soit, accompagnent un syndrome neurologique, tel le syndrome de Parkinson, ou neuro-endocrinien, comme l'adiposité post-encéphalitique, soit, existent à l'état isolé, l'anamnèse d'un épisode fébrile plus ou moins lointain, accompagné de somnolence et de troubles oculaires, établissant l'étiologie encéphalitique.

De multiples publications ont abordé la question du syndrome mental post-encéphalitique: nous citerons, parmi les principales, le rapport de Truelle et Petit au congrès de Quimper (1923), la thèse de Gilbert Robin (1923), le rapport d'Adam et Frey au Congrès de Besançon (La période médico-légale de l'encéphalite épidémique) les articles de Vermeulen, de Steck, d'Henri Claude et Gilbert Robin (1). On trouvera une bibliographie complète dans la thèse de Menger (Paris 1929).

Dans son rapport au Congrès de Tunis en 1912, Dupré avait signalé d'une façon assez brève les syndromes de perversions acquises post-traumatiques, post-infectieux, à titre de séquelles. Il n'en fait pas une description particulière et, cliniquement, les assimile complètement aux éléments de la constitution perverse.

Cette assimilation ne peut tenir devant les différences qui apparurent plus tard évidentes entre les syndromes de

(1) *Annales Médico-psychologiques*, 1924.

déséquilibre post-encéphalitiques, s'accompagnant de troubles du caractère et de perversions instinctives et les perversions constitutionnelles. Les notables différences cliniques firent bientôt penser à des mécanismes psychopathologiques différents.

Quoi qu'il en soit, les troubles mentaux survenant comme séquelles de l'encéphalite épidémique consistent essentiellement en modification dans la sphère affective ou instabilité psychomotrice un peu particulière, en perversions variées et attitudes réactionnelles.

L'analyse de la mentalité parkinsonienne elle-même (modalité d'évolution fréquente de l'encéphalite épidémique chronique) montre l'existence presque constante, mais très variable :

1° *De troubles de l'humeur et du caractère*, avec instabilité, dispositions anxieuses, impulsivité coléreuse, émotivité exagérée et paroxystique, puérilisme quelquefois, avec attitude « collante ».

2° *De troubles des instincts* : surtout dans la sphère génitale avec surexcitation et ses conséquences (masturbation, attentats aux mœurs, prostitution, etc...) ou troubles des instincts sociaux avec agressivité, vols répétés et inutiles, haine familiale, malignité, tendances incoercibles au suicide.

Ces modifications dans les domaines instinctif et affectif, s'accompagnent de troubles intellectuels habituels aux parkinsoniens : bradypsychie (gêne et ralentissement de l'activité intellectuelle) avec conservation intégrale des éléments de la pensée, prédominance des fonctions automatiques idéo-motrices (actes et pensées forcés, libérations incoercibles), viscosité intellectuelle enfin, allant de pair avec la viscosité affective, l'égotisme et les impulsions.

Chez certains parkinsoniens existe une excitation habituelle ou épisodique de type hypomaniaque avec associations d'idées rapides et désordonnées, agitation motrice et tics.

Truelle et Petit (1) signalent l'existence de *formes psychiques pures* avec associations très variées de troubles psychopathiques ou névropathiques.

(1) Congrès de Quimper, 1923.

Ajoutons la possibilité des crises comitiales (extra-pyramidales) de délires hallucinatoires, de sensations cénesthésiques pénibles et même d'états démentiels ou de dissociation proches de la démence précoce, mais tout ceci est rare.

Dans la grande majorité des cas, on observe plutôt :

1° *Une transformation pathologique du caractère et de l'humeur* (malignité, associabilité), la déviation des instincts, l'instabilité psychomotrice, à recrudescence vespérale (comme l'a signalé G. Robin chez les enfants), avec agitation impulsive et insomnie.

2° *Des crises névropathiques hystéroïdes* avec réactions émotionnelles dramatiques, extravagantes, modifiables par la suggestion (Marinesco) des kinésies paradoxales (Souques).

3° *Des syndromes obsessionnels* : conscience douloureuse des troubles, idées obsédantes avec lutte angoissante (surtout idée de suicide, d'automutilation ou sexuelles), idées et mouvements forcés.

4° *Des états dépressifs* : très fréquents avec maximum d'anxiété le soir, idées de suicide souvent réalisées.

5° *Le syndrome des perversions instinctives* post-encéphalitique qui correspond à la malignité impulsive (Logre).

Les sujets ne sont pas foncièrement méchants, ne sont pas cyniques, ne préméditent pas leurs actes qui sont vraiment impulsifs, rythmés, répétés et incoercibles (cruauté, coups et blessures, fugues, automutilation, vols, rébellion, homicide, prostitution, actes érotiques, homo-sexualité, exhibitionnisme, viol, etc...).

Henri Claude et Gilbert Robin (1) rappellent en ces termes les principales caractéristiques cliniques du syndrome mental post-encéphalitique :

« La longue durée, l'apparition tardive, la co-existence
« de troubles organiques plus ou moins caractéristiques
« (parkinson, mouvements choréiformes, myoclonies, syn-
« drome excito-moteur), excitation hypomaniaque taquine
« avec fuite des idées à prédominance vespérale, insomnie
« avec excitation maniaque progressivement croissante

(1) *Annales Médico-psychologiques*, 1924, p. 407.

« jusqu'au milieu de la nuit, sommeil tardif entrecoupé de
« cauchemars frayeurs oniriques, somnambulisme, instabi-
« bilité de l'attention, impulsions subites à des actes per-
« vers, accès subits de colère avec tendance aux actes vio-
« lents et tentatives de suicide à caractère impulsif — éveil
« précoce de la sexualité.

« Somnolence prolongée — vertiges suivis d'hébétude
« prolongée (fugues, vols, impulsions violentes) instabi-
« lité psycho-motrice. Ces sujets se souviennent et se
« repentent de leurs actes — émotivité morbide; leur affec-
« tivité pour leur famille existe, leur affectivité est inhibée
« à certains moments par un trouble impérieux de l'acti-
« vité — leur intentions sont bonnes mais ils ne sont pas
« maîtres de leurs actes. »

Les auteurs pensent que les signes physiques, eux-
mêmes peuvent être semblables chez les pervers dégéné-
rés et les post-encéphalitiques (tics, troubles oculaires,
myoclonies, atonie, etc...).

Dans un cas il y a altération des centres nerveux, dans
l'autre un arrêt de développement (dystrophies diverses).
La localisation cervico-faciale, l'attitude figée, la sialorrhée
permettent de différencier néanmoins l'encéphalite.

Ceci est moins facile en ce qui concerne les troubles du
langage (parole explosive ou nasonnée, palilalie, tachy-
phémie).

Surtout le mode d'apparition des troubles est différent
et aussi leur aspect clinique : chez l'encéphalitique, ils
tiennent à la confusion, au déséquilibre, plus purement
psycho-moteur, résultat de l'altération organique.

L'affectivité est moins profondément altérée chez l'en-
céphalitique, l'incoercibilité marque toutes les réactions.
Les sentiments pour la famille sont conservés; ces malades
souffrent de l'internement dont ils ont conscience et ils
réagissent par de l'anxiété.

Les troubles de l'émotivité (type pleurer spasmodique)
sont liés à des altérations des centres régulateurs, plus
qu'à des sentiments éprouvés, fonciers.

Chez le pervers, au contraire, point de repentir, et pré-
méditation fréquente, malignité irrémédiable.

« Le fond est lésé chez le pervers constitutionnel, la
forme est seule changée chez l'encéphalitique. »

Les troubles post-encéphalitiques sont moins des troubles du caractère que de la conduite en relation avec des lésions mésentéphaliques des centres psycho-régulateurs et perturbations des automatismes inférieurs.

H. Claude et G. Robin, font remarquer que malgré tout, la distinction est très délicate entre le déséquilibre mental post-encéphalitique et le déséquilibre dit constitutionnel, surtout si les quelques signes physiques qui peuvent mettre sur la voie de l'encéphalite, font défaut, si l'anamnèse de l'état infectieux initial est trop imprécise. Dans ce cas il ne reste comme moyen de différenciation que l'analyse psychiatrique et l'étude de l'évolution du syndrome.

La dégénérescence mentale peut-elle être incriminée chez des sujets présentant un syndrome mental post-encéphalitique, dans quelle mesure exerce-t-elle son action ? Y a-t-il une question de terrain ?

Il faut admettre des anomalies, conditions nécessaires de l'éclosion des psychoses dites dégénératives, des tares plutôt familiales qu'individuelles et non de simples accidents de la vie psychique (Magnan, Chaslin).

H. Claude et G. Robin ont trouvé chez les encéphalitiques un tiers d'héréditaires, mais pourtant tous étaient normaux avant l'encéphalite.

Naturellement l'encéphalite ne peut qu'exagérer les tares existantes, en dotant l'individu de sa symptomatologie propre (physique et mentale).

La prédisposition héréditaire ou personnelle ne constitue pas la condition obligée de l'apparition du syndrome mental post-encéphalitique.

Les héréditaires frappés par l'encéphalite feront, avec prédilection des formes mentales mais différentes des formes mentales constitutionnelles.

On doit donc maintenir la différenciation entre deux états dont le mécanisme psychophysiologique paraît différent :

— Dans l'encéphalite : atteinte du tonus inhibiteur et libération des instincts normaux (antisociaux quand ils sont privés du contrôle psycho-moteur), alors que les instincts du pervers sont pervers dès l'origine et sont antisociaux parce que pervers.

A titre d'exemple nous résumons une observation publiée par Henri Claude, P. Sivadon et J. de Ajuriaguerra (1) :

« Exemple particulièrement typique de l'origine encéphalitique déjà souvent signalée de certaines formes de déséquilibre mental acquis — évolution complexe et intrication serrée de nombreuses perversions instinctives chez un même sujet, réalisant une véritable constitution perverse, acquise aussi riche dans ses manifestations que les états dits constitutionnels.

« Il s'agit d'un sujet de 24 ans arrêté pour vol de chaussures de femme, interné à la suite d'une expertise psychiatrique et non lieu.

« Aucun antécédent héréditaire, il est normal jusqu'à 12 ans; à ce moment encéphalite typique à forme confuso-onirique, avec fièvre, somnolence accentuée, d'une durée de 2 mois.

« A la suite polyphagie et polydypsie marquées, réduction de la mimique faciale, diminution du balancement des bras, surtout à gauche, tics et légère somnolence.

« Longue carrière de déséquilibré : fugues répétées, instabilité, violences et vols, inintimidabilité et inamenableté et surtout nombreuses perversions sexuelles : masturbation anale, masochisme, pédophilie, homosexualité, fétichisme et autoérotisme. »

Les auteurs insistent sur l'autoérotisme du mollet (la contemplation de ses mollets dans une glace provoque aussitôt chez ce malade l'érection et amène la masturbation). Ils concluent que l'épisode encéphalitique étant survenu à une époque où l'évolution sexuelle n'était pas encore fixée, la perversion a évolué directement sans passage par le stade hétérosexuel normal.

Nous rapportons, à la suite, deux observations ayant trait : l'une à un déséquilibre mental simple, post-encéphalitique, l'autre à un déséquilibre consécutif à une encéphalite post-traumatique certaine.

Nous rapportons à titre d'exemple de déséquilibre post-encéphalitique l'observation du jeune May..., âgé de 16 ans entré à la Clinique le 1^{er} janvier 1938, le certificat d'entrée est ainsi rédigé :

(1) *Annales Médico-psychologiques*, 1936, p. 412.

« Est atteint de troubles du caractère et du comportement consécutifs à une encéphalite: irritabilité, réactions agressives, vis-à-vis de ses parents, aurait menacé de mort un enfant de son entourage, tendance dépressive avec idées de suicide, nombreuses fugues, petits vols d'argent.

Torticolis spasmodique, inégalité et diminution des réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation, réflexes rotuliens polycinétiques, absence des mouvements pendulaires des bras pendant la marche. Signe de la roue dentée à droite, tremblement de la langue et des doigts. »

Le jeune May... ne présente pas d'antécédents pathologiques héréditaires notables, par contre ses antécédents personnels sont chargés. Il aurait eu une méningite à l'âge de deux ans. Plus tard, très nerveux, il aurait eu des terreurs nocturnes. A l'école, n'a pas appris grand'chose, il était un élève fort indiscipliné et « malgré sa bonne volonté » n'a jamais pu passer son Certificat d'Etudes. Très jeune, il ne s'entendait déjà pas du tout avec son père, ayant de fréquentes discussions avec lui, se figurant « qu'il lui en voulait ». Un oncle le place à la campagne où les troubles du caractère semblent s'amender. En 1935 apparaît le syndrome de Parkinson du côté droit. Il consulte aux Enfants-Malades, puis à la Salpêtrière. Il est impossible de retrouver les antécédents nets d'encéphalite épidémique aiguë. Pendant qu'il était à la Salpêtrière, il fait une première fugue, son père l'y ramène. Peu après apparaissent des préoccupations hypocondriaques (son cœur va trop lentement); déclare qu'il est « foutu ». Ses parents le reprennent. En février 1937, seconde fugue. « Les nerfs à bout », il part à Pau, sans argent, voyageant sans billet, on le ramène à Paris. En juillet nouvelle fugue: « Ce n'était pas de ma faute... Comprenez-moi bien, j'ai les nerfs à bout... personne ne pourrait résister. » Désolation sincère, demande pardon et pleure. Ses parents le ramènent à la Salpêtrière où il est traité pendant un certain temps par des injections intra-veineuses de salicylate de soude, sans résultat.

La mère précise certains détails, il a parlé de se suicider, il a eu à plusieurs reprises de la somnolence, il s'endormait à table. La nuit il ne dormait pas. Enfin, éveil de la sexualité très précoce et masturbation.

Pendant le séjour à la Clinique, il est calme, obséquieux et « visqueux ». Il manifeste des idées hypocondriaques très variables. Il n'a qu'un désir, retourner à Pau pour travailler à la culture. Sa seule ambition est de garder les vaches, « il étouffe entre quatre murs ». Ajoutons que pendant son séjour dans le service, une surveillance continuelle a seule empêché qu'il fasse une nouvelle fugue.

Au point de vue physique, il présente un héli-parkinson droit très net, des signes oculaires post-encéphaliques et un torticolis avec torsion de la tête à droite, en haut et en arrière.

En résumé, il s'agit d'un syndrome de déséquilibre mental post-encéphalitique avec instabilité psychomotrice, troubles du caractère, manifestations obsédantes hypochondriaques, tendance légère aux perversions et fugues répétées.

Nous n'avons pas relevé d'antécédents héréditaires nets, mais dans ce cas l'encéphalite a pu révéler ou aggraver la prédisposition due à la première atteinte méningée.

Voici un cas de déséquilibre mental post-traumatique qui pose un difficile problème médico-légal (1).

Le jeune B..., à l'âge de 11 ans, est projeté sur la chaussée par une automobile au moment où il traversait un passage clouté, transporté à l'hôpital Trousseau, on diagnostique une fracture du crâne et la ponction lombaire ramène un liquide sanglant. Il est traité pendant 12 jours à l'hôpital puis à son domicile. Il aurait eu de la fièvre (38° - 40°) et on aurait craint une complication encéphalitique. Quoi qu'il en soit tout rentre dans l'ordre. Donc traumatisme violent, fracture du crâne indubitable, comme le prouve la radiographie, qui montre un enfoncement de la voûte, important. Un certificat du Docteur M... consigne avec précision l'ensemble de ces faits. Dans les semaines qui suivent, l'enfant, fatigué et amaigri, n'a pas eu de convulsions ou de troubles neurologiques, mais se plaint de céphalées d'ailleurs peu importantes. Ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois que l'attention des parents aurait été attirée par les variations du comportement, un changement du caractère vraiment extraordinaires.

Le jeune B... est devenu « insupportable », violent, bizarre, grossier avec sa mère et sa sœur, méchant avec les animaux qu'il se plaît à martyriser. Il est fréquemment triste et anxieux. Par moment, il paraît indifférent à tout et peut rester assis sur une chaise, complètement inerte, pendant des heures.

Les parents affirment que l'enfant, jadis travailleur et intelligent (ce qui n'est pas prouvé) serait devenu très « médiocre » et même aurait rétrogradé d'une classe. Il a pourtant passé avec succès son Certificat d'études, mais il n'a plus aucune application et à l'école se rend indésirable par sa turbulence et sa méchanceté.

Est traité par le docteur Heuyer, de février à juin 1934. Après une amélioration, les troubles du caractère s'aggravent et il s'y ajoute rapidement un ensemble d'idées anormales, peu cohérentes,

(1) Malade présenté par le Professeur H. Claude (*Journal des Praticiens*, 7 mai 1938.)

mélange étrange de préoccupations hypocondriaques (crainte de la mort, d'une maladie grave, exagération du moindre symptôme inhabituel), d'idées de suicide (et même tentative par section des veines du poignet), « veut disparaître parce que son chat favori (qu'il torturait d'ailleurs) est mort », haine pour ses parents, particulièrement pour son père qu'il désire tuer parce que celui-ci lui refuse de l'argent. En effet, un aspect curieux du tableau clinique est le développement d'un amour de l'argent tout à fait immodéré et ostentatoire.

En somme, enfant difficile à vivre à l'école comme à la maison : colère, menaces, violences, bris d'objets, troubles de l'affectivité, inaptitude à tout travail, retard scolaire, mais pas de déficit intellectuel véritable; très lucide, le jeune B... reconnaît complètement et regrette partiellement sa perversité.

Dans le service où il est entré le 2 novembre 1937, il se montre calme, poli, enclin aux réactions spectaculaires, faisant montre d'un orgueil paradoxal quand on lui reproche ses méchancetés et ses gestes inadaptés. Il les étale même complaisamment dans des confessions orales et écrites, fréquentes et copieuses. Il fait toujours preuve d'un amour excessif de l'argent, d'hostilité envers ses parents, a peur de la mort, et en même temps déclare vouloir se suicider. Graphorrhée prétentieuse avec écriture appliquée, sthénique, orthographe correcte.

Le niveau mental n'est pas inférieur à celui de la moyenne des enfants de son âge. Sa mémoire est bonne, de même que son orientation (il n'a d'ailleurs jamais présenté dans le service de symptômes confusionnels). L'examen physique est entièrement négatif, tout se passe dans la sphère psychique et particulièrement dans le domaine des troubles du caractère. Les renseignements que nous avons pu recueillir sur l'état mental de cet enfant, avant l'accident, nous indiquent que sa conduite et son rendement scolaire, n'étaient pas aussi bons que l'affirment ses parents; les instituteurs le notent déjà comme un garçon peu appliqué, têtu, hypocrite, peu compréhensif, au demeurant, aux réactions bizarres et déconcertantes, presque anormales. Cependant, il suivait sa classe régulièrement, était capable d'affection et d'adaptation au milieu.

Dans quelle mesure le traumatisme a-t-il modifié un état de déséquilibre mental préexistant (probable), bien que nous n'ayons rien trouvé de très net dans les antécédents héréditaires? Comment évoluera cet état? Evoluera-t-il vers une démence précoce comme pourrait le faire craindre les troubles de l'affectivité et du comportement contrastant avec une certaine activité intellectuelle? Ou bien

vers un renforcement des tendances paranoïaques si nettes actuellement?

En somme, nous concluons à un état de déséquilibre consécutif à une encéphalite post-traumatique avec maturité précoce, bizarre, tendances au théâtralisme, à l'exagération, inadaptation sociale, haine familiale, réactions exagérées qui peuvent être dangereuses.

On comprend que dans un tel cas l'appréciation du dommage subi soit difficile à établir, l'entourage ayant tendance à vanter les qualités antérieures du sujet pour faire mieux ressortir les troubles très réels actuels, dans un but intéressé.

CHAPITRE V

Déséquilibre mental et schizoses

Rappelons rapidement les distinctions fondamentales établies par le Professeur Henri Claude, entre, d'une part, la démence précoce : affection exogène (d'origine toxique ou infectieuse), survenant chez de jeunes sujets, non constitutionnelle, se traduisant par une insuffisance globale et rapide des facultés intellectuelles; les schizoses, d'autre part, états de gravité croissante et variable, s'édifiant à la faveur d'une constitution psychopathique spéciale, la schizoïdie, la schizothymie de Krestchmer).

Le terme de constitution schizoïde a été employé pour la première fois par Krestchmer (*Körperbau und Charakter*, Berlin 1921) qui l'oppose au terme cycloïde. La constitution représente pour Krestchmer la somme des dispositions individuelles.

Quelles sont, d'après Claude, les caractéristiques de la schizoïdie?

« La bipolarité du caractère, le repliement, les tendances à la solitude, la prédominance de la vie intérieure sur la vie sociale, une adaptation extérieure, en apparence suffisante, mais l'activité générale est mal adaptée, insuffisante, improductive, pas sur le plan des réalités, mal coordonnée ».

Cet état de schizoïdie est indispensable à la réalisation des formes suivantes, plus graves :

La schizomanie : résultat de chocs moraux chez les schizoïdes. Elle se traduit d'une façon continue ou par périodes, par une complète désadaptation des tendances autistiques, irréductibles, un comportement troublé, la réalité négligée au profit des complexes affectifs.

Les résultats sont la rêverie morbide, le symbolisme, désadapté, la bouderie, la haine familiale, qui se traduit

sent par des fugues, des bizarreries du comportement, de la violence, du négativisme.

Enfin le troisième terme de la transformation de la schizoïdie est la *schizophrénie* où l'on observe une dissociation des fonctions intellectuelles. Le sujet ne porte plus aucun intérêt à l'ambiance, ni même à sa propre existence; conséquences : le refus d'aliments, la négligence de la tenue, la catatonie, le gâtisme, l'inertie.

La démence secondaire est possible par stagnation intellectuelle. L'étiologie est surtout psychogène par jeu des émotions, du refoulement, inassouvissement des tendances, intervenant sur le terrain spécial schizoïde.

Remarquons que pour Guiraud, les éléments subconscients ou inconscients révélés par l'analyse sont les conséquences et non les causes de l'affection. Les schizoses seraient des hébéphrénies frustrées ou incomplètes comme le prouve l'évolution; l'atteinte organique existe toujours.

Le même auteur reconnaît pourtant que la schizoïdie pourrait être une constitution spéciale caractérisée par le manque de souplesse de l'activité et le manque d'adaptation au monde extérieur, l'attachement excessif à la cénesthésie organique, l'ignorance du monde extérieur. Ce ne serait qu'une simple prédisposition à l'hébéphrénie et aux délires progressifs.

Henri Claude, Borel et Robin (1) s'attachent particulièrement au diagnostic de la schizoïdie avec la mythomanie et la psychasténie.

Dupré avait déjà écrit que l'imagination du mythomane le pousse à une activité débordante souvent répréhensible, tandis que le schizoïde ne cherche pas à réaliser ses conceptions imaginatives et peut vivre normalement, à moins que sa perte de contact avec le réel augmentant, la structure de sa personnalité ne fléchisse de plus en plus et qu'il verse dans la schizomanie et la schizophrénie.

Autres différences entre schizoïdie et mythomanie : les constructions imaginaires des schizoïdes diffèrent de la fabulation des mythomanes, le mythomane est suggestible, le schizoïde ne l'est pas, le mythomane varie au gré de ses inspirations et des incitations extérieures, le schizoïde est fixé dans son monde fictif, stable.

(1) *Encéphale*, avril 1924, p. 209. La constitution schizoïde.

Le mythomane confond l'imaginaire et le réel, le schizoïde ne déforme pas la réalité, il se contente de n'y point prêter attention, il la néglige.

En conséquence, le mythomane conforme ses actes à la fabulation, le schizoïde ne songe pas à réaliser ses conceptions. Enfin le mythomane, s'il évolue, fait un délire d'imagination type Dupré, le schizoïde devient schizomane ou schizophrène.

Distinction avec la psychasthénie : pour Henri Claude, différence essentielle, le sentiment de « gêne psychique » (crainte, inquiétude, appréhension, scrupules), le sentiment d'incomplétude, manquent chez le schizoïde, qui est rarement obsédé, rarement angoissé, dont les rêveries et la rumination sont primitives, alors qu'elles sont secondaires à la difficulté de l'appréhension du réel chez le psychasthénique.

La rêverie du schizoïde est choisie, liée à un complexe affectif, c'est une dérivation, une compensation de tendances refoulées, elle n'est pas douloureuse, imposée, intolérable, comme celle du psychasthénique, le sujet s'y complait au lieu de chercher à s'en évader : « Le psychasthénique a perdu la fonction du réel, le schizoïde la « notion du réel... »

Henri Claude précise que la schizomanie est un état plus avancé que la schizoïdie qui n'est qu'une disposition dont les manifestations sont encore soumises au contrôle de la volonté. Ces sujets sont à la limite de l'aliénation mentale. On peut donc espérer avoir une action thérapeutique ou des rémissions spontanées, quelquefois de longue durée.

Au même congrès (Genève-Lausanne 1936) Bleuler soutient qu'il n'y a qu'une « affaire de degré et non de qualité » entre les formes légères schizomanie, paraphrénie, délire d'interprétation et la démence précoce type Morel. Il croit à l'existence des schizophrénies simples, latentes (ce sont ces malades qui peuvent passer pour des déséquilibrés).

Il reconnaît qu'une névrose (psychasthénie, neurasthénie, hystérie) peut masquer une schizophrénie insidieuse, d'une part, que, d'autre part, les symptômes névrotiques

ne sont pas rares au cours de l'évolution de la schizophrénie.

Enfin, la schizoïdie est la somme des particularités familiales ou individuelles qui ont été décrites ci-dessus.

Si cette schizoïdie atteint un degré maladif, sans qu'un processus schizophrénique se soit manifesté, nous parlerons de schizopathie; si, au contraire, un processus cérébral s'y ajoute, léger ou grave, de schizophrénie.

Le comportement et la façon de penser ou de sentir schizoïdes ne sont qu'une exagération d'une forme normale de réaction commune à tout être humain, la réaction schizothyme.

Pour Claude la vie du schizoïde est double : d'une part une activité professionnelle, sociale, d'apparence normale, d'autre part, une activité spéculative préférée, en dehors des réalités, mal ordonnées, improductive.

Claude prévoit l'objection qu'il faut classer, ces schizoïdes parmi les déséquilibrés (dégénérés supérieurs de Magnan). Il énumère les éléments du diagnostic. Les déséquilibrés mentaux pour lui, existent, mais contrairement aux schizoïdes qui se fixent dans une ambiance à eux, ils subissent au maximum l'action des événements. Ils sont très vulnérables aux atteintes du dehors leurs passions excessives, leur besoin de jouissance, leur satisfaction à caractère superficiel, contrastent avec la satisfaction profonde du schizoïde, leurs manières de délirer sont également différentes. Bouffées délirantes épisodiques et polymorphes pour les déséquilibrés, délire fortement attaché au noyau profond de la personnalité pour le schizoïde. Charge affective générale, mal coordonnée mais toujours intense dans le comportement du déséquilibré, ineffektivité ou polarisation unique chez le schizoïde. Enfin évolution différente, le déséquilibré versera (rarement) dans une démence précoce à type Morel, le schizoïde deviendra schizomane ou schizophrène.

On remarque que la conception de Claude a le mérite de distinguer et de classer ces malades, tandis que Bleuler les groupe dans la schizophrénie, à côté de la majorité des psychoses et certaines mélancolies plus ou moins typiques, psychoses hallucinatoires, etc... etc... Il englobe sous le nom de schizophrénie simple « des individus plus ou

moins instables, incapables de s'adapter à l'ambiance, négligeant la réalité extérieure), il les oppose aux sujets syntones, c'est-à-dire adaptés et offrant une vive plasticité aux modifications du monde extérieur.

La question paraîtrait simplement résolue à l'aide des distinctions apportées par Henri Claude si on n'avait isolé depuis longtemps l'héboïdophrénie (Kalbaum), forme fruste de la schizophrénie, très précoce se caractérisant par une apathie rendant impossible tout travail productif et régulier et une inaffectivité familiale et sociale remarquable.

Les héboïdophrènes ont une délinquance particulièrement active, ce sont des sujets éminemment antisociaux.

Le diagnostic avec les états dégénératifs de déséquilibre mental est loin d'être facile bien que l'on ait reconnu aux héboïdophrènes certaines particularités portant la marque schizophrénique : autisme morose, négativisme avec impulsions violentes, stéréotypies bradypsychie et troubles de la mimique. Quelques-uns sont rééducables. Mlle Pascal a insisté en 1911 sur la prédominance des troubles de la sphère morale plus qu'intellectuelle.

CHAPITRE VI

Pervertis et inadaptés

D'autres malades peuvent encore donner le change et passer pour déséquilibrés, ce sont :

1° *Les pervers* : sont essentiellement différents des pervers constitutionnels type Dupré et des pervers névropathiques (perversions affectives, secondaires à des complexes) qui sont souvent des psychasthéniques conscients de leur état (Gilbert Robin). Au contraire les pervers sont affectivement normaux mais souffrent des conditions familiales et sociales défectueuses, de conditions économiques pénibles.

La personnalité même n'est pas atteinte, l'attitude perverse est une réaction au milieu, un trouble pur du comportement.

2° Plus proches encore des déséquilibrés et souvent confondus avec eux sont les malades que Henri Claude a proposé d'appeler les *inadaptés* sociaux.

Certains troubles du caractère, de la volonté et de l'affectivité, peuvent exister d'une façon plutôt transitoire que permanente chez des individus indemnes de toute tare psychopathique héréditaire ou acquise sans aucune lésion ni perturbation foncière des mécanismes psychomoteurs.

N'empêche que ces sujets comme les déséquilibrés vrais (dégénérés supérieurs de Magnan) présentent une dysharmonie des facultés intellectuelles et un contrôle défectueux de leurs capacités affectives.

Cette dysharmonie peut se traduire par des attitudes franchement délirantes et un comportement d'aliéné, voire des réactions dangereuses pour l'ordre public.

Il est difficile de classer ces individus, ce ne sont pas des déséquilibrés puisqu'ils n'ont pas un inégal dévelop-

pement de leurs facultés intellectuelles ou morales, ce ne sont pas des aliénés au sens véritable du mot, malgré l'incohérence de leurs propos et de leurs actes, de leurs conceptions délirantes plus ou moins systématisées.

Pour Blondel l'intelligence même est le sens de l'adaptation sociale, la faculté que possède tout être normal de se plier aux conditions variables de l'existence, aux situations inattendues ou non, de régler ses rapports harmonieusement avec les autres hommes.

L'exercice de cette faculté d'adaptation suppose une volonté et un jugement suffisants pour se plier à des circonstances à peu près normales.

Il peut arriver que les circonstances soient anormales (révolutions, guerre, difficultés économiques). Un certain nombre de sujets indemnes d'hérédité psychopathique indemnes de tares mentales, souvent intelligents, ayant une certaine instruction, ne peuvent s'adapter à des conditions un peu anormales, surmontées pourtant par la majorité des autres hommes : ce sont des inadaptés sociaux.

Ils cherchent pourtant une certaine adaptation mais en dehors des lois qui régissent la Société. Ils n'acceptent pas les lois auxquelles obéissent les autres, ils sont en dehors de la vie sociale, de toute organisation, et peuvent se dresser contre elles.

Leur vie est instable, émaillée de fugues et de décisions irréfléchies, de changement de profession. Ils sont incapables de fournir un effort continu et productif. Leur « affectivité » n'a pas le temps de s'exercer. Ils quittent parents, amis, connaissances. Ils dispersent souvent leur attention sur des tâches multiples et bizarres, au gré de leur curiosité et de leurs tribulations.

CONCLUSIONS

1° Un certain nombre de malades, ayant des traits communs, bien connus du point de vue médico-légal, à cause de leurs réactions fréquemment antisociales et dangereuses, méritent le nom de déséquilibrés (ils correspondent aux déséquilibrés supérieurs de Magnan).

2° L'état de déséquilibration est fait de *caractères négatifs*, infantilisme psychique, faiblesse ou inhibition du jugement, défaut d'autocritique, dysharmonie entre les différentes facultés de synthèse mentale. Absence de contrôle supérieur sur les réactions affectives et les centres d'expression de l'émotion et des instincts.

De caractères positifs: instabilité psycho-motrice, suggestibilité, « aptitudes » impulsives, délirantes et confusionnelles — déchaînement des instincts mal contenus et mal compensés, troubles du caractère, manifestations obsessionnelles, hystéroïdes ou même attitudes schizoïdes.

L'inadaptabilité sociale est due, plus aux variations du tonus affectif et aux tendances réactionnelles, à l'hyper-sensibilité aux chocs physiques et moraux d'origine externe, qu'à l'importance ou la nature de la tare causale.

Cliniquement les symptômes les plus évidents sont : une variabilité extrême de la présentation, un polymorphisme, symptomatique, qui échappe plus ou moins à une description complète, une disproportion étonnante entre les réactions qui sont souvent des réactions d'aliénés et le peu d'importance des symptômes, pris séparément, qui les conditionnent.

3° L'état de déséquilibration est donc formé par une intrication de désordres psychotiques et névrotiques : les troubles névrotiques ayant autant, sinon plus, d'import-

tance que les troubles d'ordre psychotiques, ce sont eux qui forcent, le plus souvent, à l'internement.

4° On peut considérer l'état de déséquilibration comme un niveau de dissolution psychonévrotique intermédiaire entre l'état normal (il y a toutes les gradations) et les psychoses caractérisées.

5° Les notions de prédisposition de dégénérescence et de constitution — en dehors des objections théoriques qu'elles soulèvent — ne suffisent pas à expliquer le mécanisme psychopathologique de la déséquilibration.

L'étude des éléments réactionnels et complexuels a, au contraire, la plus grande valeur. La considération attentive des antécédents personnels et héréditaires, cherchera pour chaque cas en particulier, à déterminer les facteurs étiologiques; les signes somatiques (syndromes neurologiques, endocrinopathies, malformations diverses) sont très importants.

6° L'étude de l'évolution du déséquilibre mental, permet de l'envisager comme un *syndrome*, quelquefois avant-coureur d'une psychose caractérisée (schizophrénie, psychose maniaque-dépressive) ou même d'un état organique (démence, épilepsie, chorées, etc...), d'autres fois pouvant être considéré comme une séquelle (d'une encéphalite, par exemple).

Les déséquilibrés vrais, « essentiels » (?) sont ceux dont les antécédents héréditaires sont les plus chargés : dans la majorité des cas, ils demeurent au stade de déséquilibration toute leur vie sans atteindre un niveau de dissolution plus profond.

Enfin, il existe des déséquilibres transitoires, liés à des états biologiques tels que menstruation, grossesse, ménopause, épuisement physique, intoxication, ou conséquence de chocs moraux (réaction psychogène ou séquelle d'une réaction psychogène).

7° Tant au point de vue clinique, qu'au point de vue médico-légal les états de déséquilibration doivent être distingués : de la psychose maniaque dépressive, de l'hystérie, de la psychasténie et de l'épilepsie, affections ayant chacune « leur manière d'être » et leur évolution propre.

Des syndromes mentaux post-encéphalitiques.

Des tares profondes comme l'idiotie morale, syndrome des perversions instinctives « type Dupré » qui est rare.

Des schizoses enfin, si souvent confondues avec les états de déséquilibre.

Enfin, il faut distinguer encore des déséquilibrés, les inadaptés sociaux et les pervers dont les troubles du comportement ont leur cause dans les conditions défavorables du milieu social ou familial et non dans un vice interne de la personnalité physique et morale.

Vu : *Le Président de Thèse,*

Henri CLAUDE.

Vu : *Le Doyen,*

M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AALBERS. — Psychose bei Endokrinopathie (*Arch. f. psychiat.* 101, 470, 478, 1933).
- ADAM et FREY. — *La période médicolégale de l'Encéphalite* (XXVII^e Rapport du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française; Besançon, Août 1923).
- ADLER. — *Über den nervösen Charakter* (Wisbaden 1928).
- ADLER (H. M.) et G.-J. MOHR. — Some considérations of signifi-
cance of physical constitution in relation to mental disorders
(*American J. Psychiat.*, 7-707 mars 1928).
- ALPERS. — Post-encéphalitic parkinsonisme initer psychosis
(*J. nerv. and mental dis.*, 72, 257, Septembre 1930).
- ARNAUD. — Article « *l'Etat mental des prédisposés* » in *Traité*
de Gilbert Ballet (Paris, 1903, éd. Doin), pages 627 et suite).
- ARSIMOLES et LEGRAND. — Troubles mentaux et Maladie de
Basedow (*Annales Médico-Psych.*, 1914, V, p. 154).
- ASCHAFFENBURG. — *Die Konstitutionellen psychopathen* (Un
volume, Berlin, 1922.)
- BALDUZZI. — L'origine cérébropathique des psychonévroses
(*Rivista di Frenatria*, 1936, tome I, XI, p. 151).
- BARBE. — Article « *Dégénérescence* » du traité de Sergent-Riba-
udeau-Dumas et Babonneix (pages 89 et suivantes).
- BIRNEBAUM. — *Über psychopathische Persönlichkeiten* (Wiesba-
den, 1909, 1 volume).
- BIRNEBAUM. — *Über psychopathische Charakter* (*Zeitsch. f. Fort-
bied*, 23, p. 290, année 1926).
- BLEULER. — *Das Problem der Schizoïdie und Syntonie* (*Zeitsch.*
f. d. ges. Neurol. u-Psych., 78, p. 373, année 1922).
- BLEULER. — *Lehrbuch der Psychiatrie* (5^e Aufl, Berlin 1930).
- BLEULER. — *Rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes*
de France et des pays de langue française (Genève - Lausanne,
1926).
- BONHOMME. — *Les déséquilibrés insociables à internements dis-
continus* (Thèse de Montpellier, 1911).
- BRAUN (E.) (de KIEL). — *Les réactions psychogènes* (en alle-
mand; *Handbuch der geistes Krankheiten*, O. Bumcke, tome V,
pages 112 à 217).

- BRIAND et REBOUL-LACHAUD. — Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite épidémique chez les enfants (*Société Clinique de Médecine Mentale*, décembre 1921).
- BRIAND et ROUQUIER. — Rapport au XXV^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Strasbourg, 1920).
- BUMKE (O.). — *Lehrbuch des geistes Krankheiten* (3 Aufl Munchen, 1929).
- BUMKE (O.). — *Über die Begriffe « Neurose » und « geistes Krankheiten »* (Munch. med. Wochensch, 1932).
- CAMPAGNE. — *Traité de la Manie raisonnante* (un volume, Paris, 1869).
- CEILLIER (A.). — Transformations morbides du caractère consécutives à l'encéphalite épidémique (*Progrès Médical*, 10 juillet 1926).
- CHARPENTIER (R.). — Genèse et évolution des notions concernant l'hérédité, la dégénérescence et les constitutions psychiques (*Société de Médecine Mentale de Belgique*, 19 décembre 1931).
- CHARPENTIER (R.). — Les relations du caractère et des constitutions psychiques avec les fonctions endocrino-vago-sympathiques (*La Médecine*, n° 2, février 1932).
- CHASLIN. — *Eléments de Séniologie et de Clinique Mentale* (un volume, 1912).
- CLAUDE (Professeur). — *Psychiatrie médico-légale* (1932, un volume, Doin, édit.).
- CLAUDE (Professeur). — Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Encephale*, 15 juillet 1920, p. 546 à 551).
- CLAUDE (Professeur). — Sur quelques formes de délire épileptique (*Progrès Médical*, 14 mai 1932, n° 20).
- CLAUDE (Professeur). — Rapport de l'hystérie avec la schizophrénie (*Annales médico-psychol.*, Juin 1937).
- CLAUDE (Professeur). — Présentation de malades à la Clinique des Maladies mentales (*Journal des Praticiens*, n° 19, 7 mai 1938, p. 307).
- CLAUDE (Professeur). — Impulsivité et troubles du caractère d'origine encéphalitique (*Journal des Praticiens*, n° 36, 7 septembre 1935).
- CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Démence précoce, schizophrénie et schizomanie (*Encéphale*, Mars 1924, page 144).
- CLAUDE, BOREL et ROBIN. — Considérations sur la constitution schizoïde et la constitution paranoïaque (*Encéphale*, Sept.-Oct., 1923, p. 481).
- CLAUDE, BOREL et ROBIN. — La constitution schizoïde (*Encéphale*, Avril 1929, p. 209).

- CLAUDE, et GILBERT ROBIN. — Le Syndrome mental post-encéphalitique de l'enfant et la notion de dégénérescence mentale (*Annales médico-psych.*, tome I, 1924, p. 437).
- CLAUDE, SIVADON et AJURIAGUERRA. — Déséquilibre mental post-encéphalitique; perversions sexuelles : auto-érotisme du mollet, fétichisme du soulier, etc... (*Annales médico-psych.*, 1936, tome I, p. 412).
- CLAUDE (Professeur). — *Rapport et discussion au Congrès de Genève-Lausanne* (XXX^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 1926, p. 103 à 153).
- COURBON et Mlle LE CANNU (Y.). — Déséquilibre mental à prédominance éthique et déséquilibre endocrinien chez un garçon de 13 ans (*Société de Psychiatrie*, 21 Mars 1929).
- COURBON et TUSQUES. — *La dynamique et la statique des constitutions* (XXVI^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française; Limoges, 1932).
- DALLEMAGNE. — *Dégénérés et déséquilibrés*, un volume (Edition Alcan; Paris, 1895).
- DELASIAUVE. — Les pseudo-mélanomanie ou folies partielles diffuses (*Mémoires*, 1876).
- DELMAS (A.). — *Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie* (XXVI^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française; Limoges, Juillet 1932).
- DELMAS et BOLL. — *La personnalité humaine; son analyse* (un volume, 1931).
- DEMAI. — *Des psychoses familiales* (Thèse Paris, 1912).
- DESPINE. — *De la folie au point de vue philosophique et plus spécialement psychologique* (un volume, 1875).
- DESRUELLES. — Les classifications des maladies mentales dans l'enseignement contemporain (*Annales médico-psychol.*, Juin 1934, tome 5, p. 41).
- DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du Médecin Praticien*, 1 volume (Masson 1929, page 102).
- DUBLINEAU. — Déséquilibre psychique apparu trois ans après un chancre traité, pyrexie prolongée antérieure à la syphilis (*Annales médico-psychol.*, 26 Avril 1937, p. 627).
- DUBUISSON et VIGOUROUX. — *Responsabilité pénale et folie* (un volume, 1921).
- DUPRE. — La constitution mythomane (*Paris Médical*, 1911).
- DUPRE. — *Les perversions instinctives* (Rapport au XXI^e Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française; Tunis, 1912).
- ESQUIROL. — Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal (Paris, 1838).

- EUZIÈRE. — Les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (*Gazette des Hôpitaux*, 2 et 4 décembre 1920, n° 102).
- EUZIÈRE, VIALLEFONT et H. LAFONT. — Les troubles mentaux épisodiques, séquelles de l'encéphalite épidémique (*Gazette Médicale de France*, 15 septembre 1931, p. 473).
- EWALD (G.). — *Tempérament und Charakter*, un volume (Berlin, 1924).
- EWALD (G.). — *Charakter und Tempérament und ihre körperliche grundlage* (Englen, d, gei, Med. 10, 1927, p. 485).
- EWALD (G.). — *Biologische und « reine » Psychologie im Persönlichkeits, aufbau* (Berlin, 1933, un volume).
- EY. — Questions de psychiatrie (inédites).
- EY. — La notion de constitution (Essai critique). (*Evolution psychiatrique*, 1932, fasc. 4, p. 25 et suivantes).
- EY et ROUART. — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuropsychiatrie (*Encéphale*, n° 5, Mai, Juin, Juillet 1936).
- FALRET JULES. — *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (folie raisonnante et folie morale)* (p. 475 à 544). — Paris, 1890.
- FERRARINI. — *Il fondamento etiologico delle psicosi* (glandule endocrina, système neuro-végétativo). *Ressegna di Studi psichiatrici*; Siena 1926, XV, p. 3 à 125).
- FLEURY (MAURICE DE). — Les demis-fous (*La Science Médicale pratique*, n° 1, 1^{er} Janvier 1931, p. 14).
- FLEURY (MAURICE DE). — Psychoses constitutionnelles (*Vie Médicale*, n° 21); 10 Novembre 1928, p. 1.223).
- FROMENT. — Déficit psychique dans les états parkinsoniens post-encéphalitiques (*R. Neurologique*, 1921, p. 649).
- FOVILLE. — Article « *Folie instinctive ou folie des actes du Nouveau dictionnaire de Médecine et de Chirurgien Pratiques* (tome xv).
- FOURCADE. — *La constitution émotive* (Thèse de Paris, 1911).
- GAUPP. — Über den Begriff der Psychopathischen Konstitution (*Zeitschr. f. arzte. Fortild*, 14, 1917, p. 565).
- GAUTHIER. — Les déséquilibrés dans l'armée (*Hygiène Mentale*, nov. 1928, p. 238 à 256).
- GENIL - PERRIN. — *L'idée de dégénérescence en médecine mentale* (un volume, 1913).
- GROSSMANN. — Théorie des epileptischen Charakters (*Zeitsche f. d. ges. Neurol. Psychastrie*, 12, 8, 1928, p. 117).
- GRUHLE. — *Psychologie des abnormen* (un volume, Munchen, 1922).
- GRUHLE. — Psychopathie und psychose (*Neul. Dent. Klinik*, IX, 1932, p. 318).

- GELMA. — *Cyclothymie et déséquilibre psychique* (un volume, Librairie Universitaire d'Alsace; Strasbourg, 1933).
- GELMA. — *Cyclothymie et déséquilibre psychique* (*Encéphale*, 1934, p. 62).
- GUILLAUME. — Le psychisme dans les états de déséquilibre nerveux organo-végétatif (*Archives de Neurologie*, tome 2, vol., 1^{er} Juin-Juillet 1928, p. 33).
- HEUYER. — Considération sur 14 cas de perversions post-encéphalitiques (*Archives de Médecine des Enfants*, Mai 1926, tome 29, n° 5).
- HEUYER. — Troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, Juin 1931, p. 330).
- HOFFMANN. — *Über die Zwangsneurose* (un volume, Tübingen, 1934).
- HUTTON (J.-H.) et STEINBERG. — Endocrinopathy and psychoses (*J. Mental Science*, t. 82, p. 773 à 784, Novembre 1936).
- JASPERS. — *Psychopathologie générale* (un volume, 1928).
- KAHN (E.). — Die Psychopathen Persönlichkeiten (*Handbuche d. geistes Krankh.*; O. Bumke, tome V, p. 227 et suivantes. Berlin 1928).
- KAHN. — La psychose encéphalitique (*Société de Psychiatrie*, 27 Avril 1922).
- KALHBAUM. — Über Héboïdophrénie (*Allg. Zeitch. f. psych.*, 46, 1890, p. 461).
- KRAFFT EBING. — *Psychiatrie* (1897, texte français, un volume).
- KRESTCHMER. — *Körperbau und charakter* (un volume, 10^e Aufl. Berlin, 1931).
- KRAEPELIN. — *Psychiatrie* (8^e Aufl. Leipzig, 1909 et 1915, III, Teil, p. 1.973 et suivantes).
- KRAEPELIN. — *Psychiatrie Klinik* (un volume, 4^e Aufl. Leipzig, 1921).
- LAIGNEL - LAVASTINE. — Les psychoses thyroïdiennes (*Progrès Médical*, Paris, 1922, XXXV, p. 158).
- LAIGNEL - LAVASTINE. — Les réactions sympathiques et endocriniennes des psychonévroses (*Progrès Médical*, 20 Août 1927, n° 34).
- LAIGNEL - LAVASTINE. — Les troubles psychiques par pertubations des glandes à sécrétion interne (*R. Neurologique*, 1908, XVI, p. 836).
- LAIGNEL - LAVASTINE. — Sympathique et névroses (*Journal des Praticiens*, 27 Août 1927).
- LAIGNEL - LAVASTINE. — Perversions instinctives consécutives à l'encéphalite épidémique (*Société de Psychiatrie*, 20 Mars 1924).
- LEGRAIN. — *Du délire des dégénérés* (Thèse Paris, 1886, un vol.).

- LE GUILLANT. — Troubles mentaux de l'encéphalite (*Revue générale, Semaine des Hôpitaux de Paris*, 8, 16, 24 Janvier 1932).
- LE GUILLANT. — Remarques sur un cas de régression d'un syndrome de « perversions instinctives » encéphalitiques (*Annales Médico-Psych.*, t. I, 93, p. 121 à 133, Janvier 1935).
- LHERMITTE. — Les formes prolongées de l'encéphalite épidémique; forme akinétique, forme akinétohypertonique, formes psychiatriques prolongées (*Journal de Médecine Française*, n° 4, 1933).
- LOWENSTEIN. — Hystérie Konstitution und psychose Untersuchungen über wechselseitigen Beziehungen (*Monatsch. P. Psychiat. n. Neurol.*, 75, I, 29, Février 1930).
- MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales* (1893, 3 vol.).
- MAGNAN et LEGRAIN. — *Les dégénérés* (état mental et syndromes épisodiques) (1 volume, Bibliothèque Charcot-Debove, Paris, 1895).
- MAIR (H. W.). — Über moralische idiotie (*J. f. psychologie*, v, *Neur.*, 13, 1908, p. 57).
- MAILLARD. — Troubles psycho-moteurs consécutifs à l'encéphalite épidémique (*Société de psychiatrie*, 17 Février 1921).
- MAIRET et EUZIERE. — *Les invalides moraux* (un volume, Masson, éd. Paris, 1919).
- MARCE. — *Traité pratique des maladies mentales* (1862, 1 vol.).
- MARCHAND, Petit (P.) et FORTINEAU. — Développement d'un syndrome d'automatisme mental chez une déséquilibrée hypomaniaque spirite (*Annales Médico-Psych.*, t. I, 1935, p. 643).
- MANDSLEY. — *Le crime et la folie* (1 vol., 1888).
- MENGER. — *Les perversions morales post-encéphalitiques* (Thèse Paris, 1929).
- MINKOWSKI. — La genèse de la notion de schizophrénie et ses caractères essentiels (*Evolution psychiatrique*, 1925, fas. I, p. 183).
- MINKOWSKI. — Troubles mentaux, complexes et constitution (*Annales médico-psych.*, 1925, tome I, p. 201).
- MOLITCH. — Chronic post encéphalitis in juvénile délinquant (*American J. Psych.*, 91, Janvier 1935, p. 843 à 861).
- MOREL. — *Traité des maladies mentales* (Paris, 1860).
- MORSIER (G. DE). — Importance of post-encéphalitic nervous and mental disorders in nosology and pathogenesis of psychoses and neuroses (*Schw. arch. f. neurology, and psych.*, 27, 1937, p. 125).
- NAVILLE. — Etude sur les complications et les séquelles mentales de l'encéphalite épidémique (*Encéphale*, 1922, p. 309).

- NOTKIN. — Clinical Study of psychoses associated with various types of endocrino-pathy. (*Américan J. Psych.*, 12 Septembre 1932, p. 331 à 346).
- OLIVIERS. — Considérations sur le traitement des déséquilibrés (*Société de Médecine mentale de Belgique; Bruxelles Médical*, n° 29, 16 Mai 1937).
- PACTET. — *Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux* (Thèse de Paris, 1891).
- PETIT. — *Excitation maniaque et paranoïa. — Les troubles du jugement et la phase dysphronique des accès maniaques* (XXXVI^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française; Limoges, Juillet 1932).
- PICARD. — Mécanismes neurotiques dans les psychoses (*Evolution psychiatrique*, fasc. IV, année 1934, p. 59).
- PFERSDORFF. — Les états psychopathiques latents (*Strasbourg Médical*, n° 20; 15 Juillet 1935, p. 309).
- PHILIPPE et P. BONCOUR. — *Les anomalies psychiques chez les écoliers* (un volume, 2^e éd., Paris, 1907).
- PINEL. — Article manie sans délire, du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1809).
- REGIS. — *Précis des maladies mentales* (Doin, éd., un volume. 1923).
- REMOND et SAUVAGE. — Emotions et Endocrines (*Encéphale*, t. VIII, 1913, p. 279).
- ROBIN (G.). — Troubles mentaux consécutifs à l'encéphalite épidémique chez les enfants (*Bull. de la Soc. Clinique de Médecine Mentale*, Novembre 1923).
- ROBIN (G.). — Considération sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'encéphalite épidémique chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1923).
- ROBIN (G.). — Les troubles psychiques à évolution prolongée dans l'encéphalite épidémique (*J. Médical Français*, t. XIII, n° 6, Mai, 1924).
- ROWE (A. W.) et POLLACK (H. M.). — Psychose : psychoneuroses and endocrine-dysfonction (*Endocrinology*, 17 Nov.-Déc. 1933, p. 658-666).
- ROWER. — Modern endocrinology and mental disorder (*J. Mental Science*, 81, Oct. 1935, p. 783 à 803).
- SANTENOISE. — Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles (*Encéphale*, juillet-août 1927).
- SANZ. — Constitutiones y tendencias psicopaticas (*Arch. de Med. y Espec.*, 26, 11 Juin 1927, p. 719 à 722).
- SCHACHTER. — Les troubles du psychisme de l'enfant encéphalitique (*Progrès Médical*, 24 Octobre 1931, p. 1826).

- SCHULE. — *Traité Clinique des Maladies Mentales* (traduction Dagonnet, Paris, 1888; articles folie morale et folies héréditaires).
- SCHNEIDER (KURT). — *Die psychopathischen Persönlichkeiten* (un volume, 3^e édition, 1934; Leipzig und Wien).
- STUCK (H.). — Mental syndromes on épidemic encéphalitis (*Schew Arch. f. neurol. u Psychi.* 27, 1931, p. 137).
- TARGOWLA. — Névrites toxi-infectieuses et maladies mentales; les psycho-encéphalites (*Bulletin Académie de Médecine*, n° 13, séance du 31 Mars 1931).
- TITECA. — La rééducation des déséquilibrés du sens moral (*Société de Médecine Mentale de Belgique*; séance du 25 Janvier 1930).
- TOMASI. — La psychose périodique (*Rivista di pathologica nervosa mentale*; sept.-oct. 1936, p. 422 et suivantes).
- TOULOUSE, COURTOIS et GOUJET. — Séquelles mentales des encéphalites psychiques aiguës (*Annales médico-psycho*, 90, 1, 16 Janvier 1932).
- TRAMER. — Psychopathische Persönlichkeiten (*Schweiz. Med. Wochenschrift*; année 1931, p. 217).
- TRILLOT. — *L'hérédité cyclothymique* (Thèse Paris, 1932).
- TRUELLE et PETIT. — *Les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique* (XXVI^e Congrès d'aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française; Quimper, Août 1922).
- VERMEYLEN. — Les manifestations neuropsychopathiques tardives des maladies infectieuses (*Encéphale*, 1933, T. I. p. 402).
- VERVOECKE. — La notion médico-légale de déséquilibre mental (*Annales médico-psych.*, 1933, I, p. 219).
- VERVOECKE. — La notion médico-légale du déséquilibré mental (*Journal Belge de Neurologie et de Psych.*, 1933, n° 4, p. 291 et suivantes).
- VIE. — Réactions psychopathiques ébauchées en rapport avec des difficultés sociales chez des déséquilibrés (*Annales Médico-Psych.*, 1936, t. II, p. 618).
- WERNICKE. — *Grundreiß der Psychiatrie* (1 vol., 2 Aufl. Leipzig, 1906).
- WESTPHALL. — Die Bemerk zu sinern Vortrage Mendels uber Moralischen Wahnsinn (Berlin; *Klinik Wochens*, 1878, p. 214).
- WERTHEIMER (F. I.). — Les facteurs constitutionnels, leur valeur révélatrice dans l'analyse des troubles du comportement (*Encéphale*, n° 22, Juin 1927, p. 457 à 463).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9

PREMIÈRE PARTIE:

Historique et évolution de la notion de déséquilibre mental.

Chapitre Premier: La psychiatrie française	13
1° De Pinel à Magnan	14
2° Magnan	20
3° Les constitutions	27
Chapitre Deuxième: La psychiatrie allemande	37
I) Influence de l'Ecole française	37
II) La réaction contre les idées françaises, Kraepelin... .	39
III) Le déséquilibre mental et la psychiatrie allemande moderne	56
a) Tendances générales	56
b) L'étude des types psychopathiques	57
A propos de la classification des déséquilibrés selon l'école allemande moderne	72

DEUXIÈME PARTIE:

<i>Les réactions psychogènes et les faits de déséquilibre transi- toire</i>	77
---	----

TROISIÈME PARTIE:

<i>Faits cliniques</i>	83
----------------------------------	----

QUATRIÈME PARTIE:

<i>Les limites du déséquilibre mental</i>	131
Chapitre Premier: Déséquilibre mental et perversion instinc- tives type Dupré (folie et idiotie morale)	131
Chapitre Deuxième: Déséquilibre mental et cyclothymie.....	133

Chapitre Troisième: déséquilibre mental psychasténie, hystérie et épilepsie	137
Chapitre Quatrième: Déséquilibre mental, encéphalite épidémique et états organiques	144
Chapitre Cinquième: Déséquilibre mental et schizoses	154
Chapitre Sixième: Pervertis et inadaptés	159
CONCLUSIONS	161
BIBLIOGRAPHIE	165

